



INSTITUCIÓN EDUCATIVA MADRE MARIA MAZZARELLO

“EDUCAMOS AL ESTILO DE DON BOSCO Y MADRE MAZZARELLO”

Resolución 11330 del 14 de diciembre de 2009, actualizada con

Resoluciones 202150031635 y 202150152813 de 2021.

Secretaría de Educación de Medellín

DANE: 105001001317-01 NIT: 900337205-5 ICFES: 152413



AUTORIZACIÓN DE USO DE IMAGENES SOBRE FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS PARA USO PÚBLICO

Con la inclusión de las nuevas tecnologías dentro de los medios didácticos al alcance de la comunidad escolar y la posibilidad de que en estos puedan aparecer imágenes de las estudiantes durante la realización de las diferentes actividades escolares y extracurriculares, dado que el derecho a la intimidad está reconocido en la Constitución Política (Artículos 15 y 21) y atendiendo además al ejercicio de la Patria Potestad, establecido en el Código Civil Colombiano en su artículo 288, el artículo 24 del Decreto 2820 de 1974 y la Ley de Infancia y Adolescencia, la Institución Educativa Madre María Mazzarello, solicita el consentimiento escrito del padre/madre de familia o aquel quien tenga la custodia y cuidado legal de la menor, para publicar imágenes en las cuales aparezca individualmente o en grupo, y que con carácter pedagógico, cultural e institucional se registran en las actividades realizadas dentro y fuera de la misma; siendo sus fines netamente lúdicos y académicos, sin lucro y en ningún momento utilizados para objetivos distintos, se puedan divulgar en las redes sociales con que cuenta la institución: La página del FACEBOOK, INSTAGRAM Y EN LA PÁGINA WEB.

DOY MI CONSENTIMIENTO _____

NO DOY MI CONSENTIMIENTO _____

Nombre del padre o madre de familia _____ C.C. _____

Nombre del estudiante _____ D.I. _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO SERVICIO DE PSICOLOGÍA

La Institución Educativa Madre María Mazzarello cuenta con el servicio de atención a Psicología, ofrecido a las estudiantes y sus familias, con el fin de brindar herramientas y estrategias encaminadas a mejorar la calidad de vida y la promoción de estilos de vida saludable. Con el fin de implementar este servicio, se solicita su autorización para asesorar y atender a su hija en caso de requerirlo ella misma, o de ser remitida por el personal docente y/o administrativo de la institución, o por pedido de la familia, toda vez que a la institución no sólo le interesa el bienestar físico y académico de las estudiantes, sino también la salud mental como parte de la formación integral que ofrecemos.

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, con C.C. _____, en calidad de padre de familia o representante legal de la estudiante _____, con D.I. _____, Teléfono de contacto _____, **(SI)** ____ **(NO)** ____ autorizo que mi hija sea atendida en PSICOLOGÍA en caso de ser necesario y que siendo beneficiaria de este servicio como su representante legal me comprometo a contribuir en el proceso de forma activa, responsable y autónoma. Confío que se respetará la buena fe, la confidencialidad y la confiabilidad de la información suministrada al profesional.

Firma padre de familia y/o acudiente