

“Elecciones del Consejo Consultivo y Participativo de Niñas, Niños y Adolescentes – CCONNA San Martín de Porres”

AUTORIZACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO, ASENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y USO DE IMAGEN DE LAS NIÑAS, NIÑO Y ADOLESCENTES (MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD)

A través de este documento, Yo, _____, identificado/a con DNI/CE N° _____ padre(), madre () o apoderado/a () de la niña/niño o la/el adolescente _____, con dirección endel distrito de San Martín de Porres y estudiante de la institución educativa _____ del ___ grado y sección ___, **AUTORIZO** a la Municipalidad de San Martín de Porres a través de su área de la Defensoría Municipal de Niñas, Niños y Adolescentes - DEMUNA, a lo siguiente:

Marca con una X donde corresponde.

1. Sí () No () Participar en las **Elecciones del Consejo Consultivo y Participativo de Niñas, Niños y Adolescentes – CCONNA de San Martín de Porres** que se desarrollará el jueves 11 de setiembre y el viernes 19 de setiembre 2025 de 8:00 am a 1:00 pm en las instalaciones que se indicarán previa comunicación con la/el participante en el distrito de San Martín de Porres, este proceso es articulado con la UGEL 02 e instituciones aliadas como DYA, Warmi Huasi y UNICEF.
2. Sí () No () Otorgo el derecho a reproducir, exhibir y difundir, en cualquier formato tradicional o electrónico la imagen y voz de mi hijo/a desde una propuesta positiva y solo relacionado con el desarrollo del proceso. Y reconozco que no recibiré ninguna compensación económica o de otro tipo derivada o relacionada con el uso de su imagen. Este material audio visual estarán bajo custodia de la DEMUNA San Martín de Porres, con el propósito de promover la paz, la integración, la inclusión, la participación y los derechos de las y los adolescentes.
3. Sí () No () Asimismo, autorizo en caso sea elegido como integrante del Consejo Consultivo y Participativo de Niñas, Niños y Adolescentes de la Municipalidad Distrital de San Martín de Porres, a que participe en las actividades que su función lo amerite por el periodo de dos años.

Para el padre/madre o apoderado/a	Para el/la niña, niño o adolescente
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:

Otros datos importantes:

1. Por favor, indique aquí si su hijo o hija tiene algún cuidado especial, respecto a su salud, que debemos tener en cuenta para las actividades:

Situación de cuidado (salud, medicamentos y/o tratamiento)	Restricción de algún tipo de alimentos (señale)

2. Por favor, déjenos también algún número de contacto en caso quisiéramos hacerle alguna consulta o darle alguna información:
Teléfono Celular: _____ Correo: _____

¡Muchas gracias por su colaboración!

San Martín de Porres, 18 de julio, 2025