

Municipalidad distrital de Los Olivos
“Elecciones del Consejo Consultivo y Participativo de Niñas, Niños y Adolescentes –
CCONNA LOS OLIVOS”

AUTORIZACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO, ASENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y USO DE IMAGEN
DE LAS NIÑAS, NIÑO Y ADOLESCENTES

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 en _____ del distrito de Los Olivos y
estudiante de la institución educativa _____ del ____ grado y
sección____, **AUTORIZO** a la Municipalidad de Carabayllo 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 () Participará en el Taller CCONNA de un día, que podrá desarrollarse entre los días 15 al 18 de septiembre, cuya fecha y lugar exactos serán comunicados previamente al participante. Asimismo, las Elecciones del CCONNA y del Equipo Coordinador se llevarán a cabo el sábado 20 de septiembre, en caso resulte elegido, informándose oportunamente el lugar a través de los números de WhatsApp proporcionados. Este proceso es acompañado por instituciones aliadas
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 Los Olivos, con el propósito de promover la paz, la integración, la inclusión, la participación y los derechos de las y los niños/as y 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 Los Olivos, 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
DNI/CE N°:	DNI/CE N°:
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 debamos 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!

Los Olivos, _____ de agosto 2025