



UNIVERSIDAD DE BURGOS



UBUinvestiga
UCC+I



Junta de
Castilla y León

AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA LA PARTICIPACIÓN EN DEArte.

D. _____, con DNI, N.º _____

D^a. _____, con DNI, N.º _____,

con domicilio en la localidad de _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____, como padre/madre/tutor legal del

alumno/a: _____,

escolarizado/a en el Centro: _____

ACEPTAMOS las condiciones establecidas en las Bases de Convocatoria del Programa DEArte, y **AUTORIZAMOS** al equipo del Programa a:

- La aplicación de pruebas necesarias a lo largo del programa para medir su impacto.
- La cesión de aquellos datos, obtenidos durante la participación en el programa de nuestro/a hijo/a, necesarios para las investigaciones que se desarrollen en el ámbito de la UBU.

En Burgos a _____ de _____ de 20__

Fdo.: _____ Fdo.: _____

Firma del padre y/o madre y/o tutores legales

Sra. Coordinadora del Programa UBUIngenio de la Universidad de Burgos

