** Icono

Descripción generada automáticamente**

**SOLICITUD DE ACCESO A CONSULTA DE COLECCIONES POR PARTE DE INVESTIGADORES ASOCIADOS A UNIVERSIDADES CENTROS DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.**

**MUSEO REGIONAL DE LA ARAUCANIA, SERVICIO NACIONAL DEL PATRIMONIO CULTURAL**

**0. REGISTRO DE LLENADO INTERNO (MRA)**

|  |  |
| --- | --- |
| Numero de ingreso: |  |
| Fecha de recepción de la solicitud: |  |
| Fecha de respuesta a solicitud: |  |

**1. DATOS SOLICITANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre : |  |
| Rut : |  |
| Dirección : |  |
| Email : |  |
| Teléfono : |  |
| Fecha solicitud : |  |
| Firma : |  |

**2. MOTIVO Y OBJETIVO DE LA SOLICITUD. INDICAR CON QUÉ FIN DESEA ACCEDER A LAS COLECCIONES**

(puede seleccionar más de una opción)

2.1\_\_\_\_Investigación vinculada a ejecución de proyectos científicos

2.2\_\_\_\_Desarrollo de practica y/o tesis (pregrado y post grado)

2.3\_\_\_\_Toma y adquisición de muestras para análisis

2.4\_\_\_\_Fotografías para artículos y otras publicaciones

2.5\_\_\_\_Consulta comunitaria

2.6\_\_\_\_Estudios realizados por artesanos/as y cultores/as tradicionales

2.7\_\_\_\_Otro/a, especificar:

**3. INFORMACION ACERCA DEL PROYECTO (Completar este campo solo en caso de haber seleccionado puntos 2.1 y/o 2.2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Proyecto de Investigación: |  |
| Folio del Proyecto de Investigación: |  |
| Nombre del Proyecto de práctica profesional, proyecto de tesis de grado o post grado: |  |
| Institución patrocinadora y/o ejecutora del proyecto: |  |
| Nombre investigador responsable y que a la vez será responsable de la presente solicitud: |  |
| Título Profesional y Grado académico Investigador Responsable: |  |
| Identificación de la Muestra: |  |
| Unidad académica (carrera, departamento, facultad): |  |
| Teléfono: |  |
| Email: |  |

**4. LISTADO DE INVESTIGADORES QUE PARTICIPARÁN PRESENCIALMENTE DE LA CONSULTA DE COLECCIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUT /DNI /PASAPORTE |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUT /DNI /PASAPORTE |  |
| Correo electrónico |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| RUT /DNI /PASAPORTE |  |
| Correo electrónico |  |

**5. DESCRIPCIÓN E INFORMACIÓN DE LAS COLECCIONES A LAS CUALES SE DESEA ACCEDER.**

(Lo más detallada posible. Si conoce N° de registro, contenedor y/o embalaje, u otra información que permita identificar específicamente colecciones solicitadas, ingrese la información aquí).

**6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL TRABAJO A DESARROLLAR CON LAS COLECCIONES DURANTE SU CONSULTA ¿CUÁL ES SU MOTIVACIÓN PARA ESTA CONSULTA?**

(No corresponde a los Objetivos del proyecto, sino al trabajo específico y concreto que se desarrollará con las colecciones)

**7. PROCEDIMIENTOS DE REGISTRO Y ANÁLISIS QUE SE UTILIZARÁN DURANTE LA CONSULTA**

**8. EN EL CASO DE TOMAS DE MUESTRA, INDICAR: (Responder solo si se seleccionó punto 2.3)**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Para qué son? Objetivo: |  |
| Indicar procedimiento de análisis que se usará. |  |
| ¿Procedimiento de análisis que se usará es destructivo?  (En caso de ser destructivo deberá adjuntar autorización del Consejo de Monumentos Nacionales) | **SI – N.º Autorización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**    **NO** |
| Tamaño, volumen de la muestra requerida: |  |

**9. PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO.**

|  |  |
| --- | --- |
| N° de días hábiles de trabajo estimados: |  |
| Propuesta de Fecha de inicio / fecha de término: |  |

**10. RETRIBUCIÓN DEL MUSEO**

(No es obligatoria para autorizar la consulta de colecciones. Sin embargo, es esperable que se generen instancias de difusión científica)

\_\_\_\_Charla

\_\_\_\_Taller

Indicar fecha estimada:

/ /

\_\_\_\_Nota de prensa

\_\_\_\_Tesis

\_\_\_\_Otro, especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_No Contempla

**11. ¿Contempla algún tipo de vínculo con la o las comunidades asentadas en el lugar de emplazamiento del sitio arqueológico de origen de las colecciones?**

Entre estas puede contemplarse entre otras: consentimiento informado para trabajar con las colecciones, participación de autoridades tradicionales mapuche, actividades de difusión e información de la iniciativa de investigación, antes, durante o después de estudio, etc.

Indicar si o no. En el caso de respuesta positiva, indicar de qué actividades se trata.

(No es obligatoria para autorizar la consulta de colecciones. Sin embargo, es esperable que se generen instancias de vinculación entre el equipo científico y las comunidades asentadas en el entorno del sitio arqueológico del cual se originan las colecciones)

**12. ACEPTACIÓN DE CONDICIONES.**

La sola firma de la presente solicitud implica que el solicitante conoce, comprende y acepta las normativas del Museo establecidos en su Política de Colecciones y Protocolo de Uso de Laboratorio, las que se encuentran publicadas en la página web del Museo. ([www.museoregionalaraucania.gob.cl](http://www.museoregionalaraucania.gob.cl)) junto a este formulario.

**FIRMA SOLICITANTE**

**María José Rodríguez**

[**maria.rodriguez@museoschile.gob.cl**](mailto:maria.rodriguez@museoschile.gob.cl)

**Enero 2025**