**SOLICITUD DE ACCESO A CONSULTA DE COLECCIONES**

MUSEO REGIONAL DE LA ARAUCANIA, SERVICIO NACIONAL DEL PATRIMONIO CULTURAL

**Importante:**

\*En todos los puntos, por favor entregar la información lo más detallada posible.

\*De ser pertinente, se solicitará una retroalimentación con el equipo MRA respecto de la colección consultada.

\*El acceso al laboratorio debe ser sin mochilas o bolsos, estos deben quedar guardados en los casilleros ubicados en la recepción del museo, los que se activan con una moneda nueva de 100.

\*El uso del laboratorio, para fines de investigaciones externas, está disponible de martes a viernes de 09:30 a 14:30h. Sujeto a cambios según requerimientos del museo, los que serán avisados con antelación.

\*De requerir extender el tiempo de uso del laboratorio, debe ingresar una nueva solicitud a través de este formulario y respetar la calendarización del uso del laboratorio.

\*Se debe entregar, al área de administración de colecciones del museo, un informe detallado del trabajo realizado y sus resultados. Ello es fundamental para próximas solicitudes de acceso.

\*El acceso a cuerpos humanos para su investigación, se encuentra sujeto a restricciones diferentes del resto de las colecciones, debido a su alta sensibilidad cultural y material.

\*Este formulario debe ser enviado vía correo electrónico a: patricia.munoz@museoschile.gob.cl y carolina.matus@museoschile.gob.cl

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

|  |  |
| --- | --- |
| Numero de ingreso |  |
| Otros documentos de referencia |  |

**1. DATOS DEL INVESTIGADOR/A RESPONSABLE DE LA SOLICITUD**

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

**2. OBJETIVOS O MOTIVOS DE LA SOLICITUD.**

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 (de corresponder con puntos 2.1 y/o 2.2 del punto dos)**

|  |  |
| --- | --- |
| 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: |  |
| Título profesional y/o grado académico Investigador Responsable: |  |
| Unidad académica (carrera, departamento, facultad): |  |
| Teléfono: |  |
| Email:  |  |

**4. DESCRIPCIÓN E INFORMACIÓN DETALLADA DE LAS COLECCIONES QUE REQUIERE CONSULTAR**

(Nombres, títulos, materialidades, N° de registro, ubicación, cantidades u otra información relevante).

|  |
| --- |
|  |

**5. EN EL CASO DE SER UNA INVESTIGACIÓN ARQUEOLÓGICA: ¿mantiene algún vínculo con comunidades asentadas en el lugar de emplazamiento del sitio arqueológico de origen de las colecciones?**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

**7. EN EL CASO DE TOMAS DE MUESTRA, INDICAR: (si seleccionó punto 2.3 del punto dos)**

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

**8. PLANIFICACIÓN DEL TRABAJO.**

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

**9. DATOS DE OTROS INVESTIGADORES/AS QUE PARTICIPARAN DE LA CONSULTA DE COLECCIONES**

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

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

**10. RETRIBUCIÓN AL MUSEO**

\_\_\_\_Charla

\_\_\_\_Taller

\_\_\_\_Nota de prensa/rrss

\_\_\_\_entrega copia de tesis

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

**11. ACEPTACIÓN DE CONDICIONES.**

Esta firma implica que, el/la solicitante conoce, comprende y acepta las normativas del Museo establecidas en su política de colecciones y protocolo de uso de laboratorio publicadas en [www.museoregionalaraucania.gob.cl](http://www.museoregionalaraucania.gob.cl)

  **Nombre y firma**