**CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTREVISTAS**

**MAGISTER EN GOBIERNO Y GERENCIA PÚBLICA**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estoy siendo entrevistado/a en forma voluntaria por el/la estudiante regular del Magister en Gobierno y Gerencia Pública de la Facultad de Gobierno de la Universidad de Chile, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el marco de la investigación titulada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al participar entiendo que se me solicitará lo siguiente:

* Participar en una entrevista, en horario y lugar previamente convenido.
* La entrevista será grabada y transcrita para su posterior análisis.
* La transcripción de la entrevista se realizará solo con el fin de analizarla.
* Los resultados de la investigación serán presentados con fines académicos.
* El/ la investigador podrá acordar con su informante la confidencialidad o no confidencialidad de la identidad e institución.
* Usted podrá retirar su consentimiento de participar en la investigación sin previa justificación. Para ello tendrá que contactar con la/el investigador.

**Nota**: Tanto la identidad y el servicio, ministerio u organización al que pertenece el/la participante, así como la individualización de los/as entrevistados/as respecto a sus propias entrevistas, serán resguardadas con estricta confidencialidad.

En caso de que la/el investigador acuerde con el/la informante la no confidencialidad, debe marcar la siguiente cláusula **(SÍ/NO).**

\_\_\_\_\_\_\_ Acepto que mi identidad y el nombre de la institución, a la cual pertenezco, no sean confidenciales y su detalle sea utilizado con fines académicos.

**En caso de cualquier duda dirigirse a:**

Comité Académico Magister en Gobierno y Gerencia Pública, Santa Lucía 240, Santiago, o a través de su Coordinadora, prof. Karina Arias, [karina.arias@iap.uchile.cl](mailto:karina.arias@iap.uchile.cl)

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comprendo los procedimientos arriba señalados, y comprendo mis derechos al participar en esta investigación. Mis preguntas han sido satisfactoriamente respondidas, y acepto participar en este estudio. Se me ha dado una copia de este formulario.

**Firma del/de la participante**: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ he explicado los alcances de ser entrevistado/a para esta investigación, y he respondido a todas sus preguntas. Creo que él/ella comprende la información descrita en este documento y libremente consiente en participar.

**Firma del/de la Investigador/a:**  Fecha: