



INSTITUTO SAN PABLO MISIONERO
SOLICITUD DE EXCEPCIÓN A LA PROHIBICIÓN DE USO DE DISPOSITIVOS MÓVILES

Instrucciones para el/la solicitante

Complete todos los campos del presente formulario con letra clara y legible. Adjunte obligatoriamente los documentos de respaldo indicados en cada tipo de excepción. Presente la solicitud en la Secretaría del nivel correspondiente o envíela por correo electrónico a c.arena@ispm.cl. El plazo de respuesta es de 5 días hábiles desde la recepción. La autorización debe ser otorgada expresamente por el/la Director/a del establecimiento.

I. TIPO DE EXCEPCIÓN SOLICITADA

Marque con una X la excepción que corresponde a su solicitud (solo una):

<input type="checkbox"/>	II.1	Necesidad Educativa Especial (ayuda técnica al aprendizaje)
<input type="checkbox"/>	II.2	Emergencia, desastre o catástrofe
<input type="checkbox"/>	II.3	Enfermedad o condición de salud que requiere monitoreo periódico
<input type="checkbox"/>	II.4	Actividad curricular o extracurricular de Enseñanza Básica o Media
<input type="checkbox"/>	II.5	Razones de seguridad personal o familiar (solicitud del apoderado)

II. DATOS DEL O LA ESTUDIANTE

Nombre completo del estudiante	RUT
--------------------------------	-----

Curso	Nivel educativo (marcar) Pre-Kinder / Kinder / Básica / Media
-------	--

Jornada	Sede
---------	------

III. DATOS DEL O LA SOLICITANTE

Nombre completo	RUT
-----------------	-----

Vínculo con el estudiante	Teléfono de contacto
---------------------------	----------------------

Correo electrónico

--

IV. FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD

Descripción detallada de la situación que motiva la solicitud:

--

Descripción del uso específico que se dará al dispositivo móvil:

--

Temporalidad solicitada (desde)	Temporalidad solicitada (hasta)
---------------------------------	---------------------------------

V. DOCUMENTOS DE RESPALDO ADJUNTOS

Marque los documentos que adjunta a esta solicitud:

<input type="checkbox"/>	Certificado de profesional competente inscrito (Excepción II.1 — NEE)
<input type="checkbox"/>	Certificado médico con diagnóstico y justificación de monitoreo periódico (Excepción II.3)
<input type="checkbox"/>	Planificación didáctica o descripción de la actividad curricular (Excepción II.4)
<input type="checkbox"/>	Descripción escrita de la situación de riesgo de seguridad (Excepción II.5)
<input type="checkbox"/>	Otros documentos (especifique en el campo de observaciones)

Observaciones sobre documentos adjuntos:

--

VI. DECLARACIÓN Y FIRMAS

Declaro que los antecedentes aportados en esta solicitud son verdaderos y que asumo la responsabilidad por el uso adecuado del dispositivo móvil en caso de ser autorizado, en conformidad con el Protocolo sobre Prohibición del Uso del Celular y Otros Aparatos Tecnológicos del Instituto San Pablo Misionero y con lo dispuesto en la Ley N° 21.801.

Firma del/la solicitante Nombre: _____ Fecha: _____		Timbre y firma Dirección Fecha de recepción: _____ N° de registro: _____

VII. USO EXCLUSIVO DE DIRECCIÓN — NO COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

Resolución:

APROBADA RECHAZADA

Vigencia de la autorización:

Desde: _____ Hasta: _____

Condiciones y restricciones de la autorización:

Fundamentos del rechazo (si corresponde):

Firma Director/a del Establecimiento	Notificado al solicitante (firma)
Fecha: _____	Fecha: _____

Este formulario tiene carácter oficial. Una copia quedará archivada en Secretaría y otra será entregada al solicitante. La autorización es personal, intransferible y revocable. www.ispm.cl