**ANEXO N°2-C**

**RESPALDO PARA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN ESCOLAR EN MODALIDAD “APRENDIZAJE EN CASA” QUE SE INDICA, FIRMADO POR EL APODERADO O TUTOR LEGAL DE CADA INTEGRANTE**

Ciudad, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido apoderado 1:

RUT:

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono apoderado 1:

Nombre y apellido apoderado 2:

RUT:

Dirección:

Correo electrónico:

Teléfono apoderado 2:

|  |
| --- |
| Título del proyecto:  |
| Realizado entre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha inicio) / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha término) |
| Nombre docente guía:  |
| Nombre asesoría científica (sólo si es gestionado por los apoderados)  |
| N°  | Nombre completo (estudiantes) | Curso | Nivel (Básica /Media) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
|  | Agregue las filas que sean necesarias |  |  |

Como apoderados del equipo, damos el respaldo al proyecto de investigación o innovación que se indica, facilitando su implementación y la entrega de antecedentes que solicite el Proyecto Asociativo Regional Explora Los Lagos como respaldo de ésta, tomando todas las medidas necesarias para dar cumplimiento a la Normativa de Seguridad y Bioética.

Además, autorizamos la participación del equipo y/o sus representantes en el **Congreso Regional de Investigación e Innovación Escolar** **Explora Los Lagos 2024**, a realizarse de manera presencial. Asimismo, en el caso de ser seleccionado, autorizamos al equipo y/o a sus representantes, a participar de una gira técnica a un lugar de interés científico turístico.

Por otra parte, certificamos que el/la docente guía del proyecto cuenta con los títulos y certificado que acredita no registrar inhabilidad para trabajar con menores revisados por nuestra parte haciéndonos responsables de cualquier falta, *así como también, de entregar la información de respaldo si el Proyecto PAR Región \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así lo requiere.*

Respecto a la asesoría científica, declaramos que (marcar con una X):

|  |  |
| --- | --- |
|   | Fue gestionado por los apoderados y por lo tanto certificamos que cuenta con título y/o grado académico y no presenta registros de inhabilidad de trabajo con menores revisados por nuestra parte haciéndonos responsables de cualquier falta *así como también, de entregar la información de respaldo si el Proyecto PAR Región \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ así lo requiere.* |
|   | Fue gestionada por el Proyecto Asociativo Regional (PAR). |

Por último, acredito, en el caso que corresponda Si [ ] No [ ] (*marcar con una X*) que el/la asesor/a del proyecto (Nombre asesor/a y RUT) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estuvo a cargo de todas las etapas de la experimentación que involucraron los agentes biológicos peligrosos y/o químicos nocivos, tomándose todas las precauciones y medidas de seguridad para cuidar la integridad y salud de las y los estudiantes. Asimismo, certifico que dicha experimentación se realizó en dependencias correctamente acondicionadas para ello. Asumo exclusivamente toda la responsabilidad por eventuales accidentes que ocurran en la realización de la investigación o proyecto de innovación, eximiendo a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| **Nombre y apellido Apoderado 1**  | **Firma Apoderado 1** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |
| **Nombre y apellido Apoderado 2**  | **Firma Apoderado 2** |