**ANEXO N°2-A**

**RESPALDO INSTITUCIONAL AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN ESCOLAR QUE SE INDICA, FIRMADO POR EL/LA DIRECTOR/A DEL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.**

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

Nombre y apellido director/a:

RUT:

Nombre establecimiento educacional:

Dirección establecimiento educacional:

Correo electrónico:

RBD N°:

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

Como director/a del establecimiento educacional, doy el respaldo institucional al proyecto de investigación o innovación que se indica, facilitando su implementación y tomando todas las medidas necesarias para dar cumplimiento a la Normativa de Seguridad y Bioética.

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

Certifico, además, que el/la docente guía del proyecto se encuentra formalmente vinculado al establecimiento educacional que dirijo, desde el año \_\_\_\_\_ a la fecha.

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 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 director/a**  | **Firma director/a**  | **Timbre Institución**  |