**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 dispuesta en la Resolución Exenta Nº 110, de 2022, de este origen, eximiendo de toda responsabilidad a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, en caso de incumplimiento.

Además, autorizo la participación del equipo y/o sus representantes en el **Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar** **2022**, a realizarse de manera presencial, remota o mixta. Asimismo, en el caso de ser seleccionado, autorizo al equipo y/o a sus representantes, a participar del **Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar** **2022** a realizarse de manera presencial, remota o mixta.

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** |

****

**ANEXO N°2-B**

**RESPALDO INSTITUCIONAL AL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN ESCOLAR QUE SE INDICA, FIRMADO POR EL/LA REPRESENTANTE LEGAL.**

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

Nombre y apellido representante:

RUT:

Nombre de la institución:

RUT institución:

Dirección de la institución:

Correo electrónico:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 representante legal de (nombre de la institución) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 dispuesta por la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, mediante Resolución Exenta Nº 110, de 2022, de este origen o que se emita en su reemplazo, eximiendo a dicho Servicio de toda responsabilidad, en caso de incumplimiento.

Además, autorizo la participación del equipo y/o sus representantes en el **Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar** 2022, a realizarse de manera presencial, remota o mixta. Asimismo, en el caso de ser seleccionado, autorizo al equipo y/o a sus representantes, a participar del **Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar 2022** a realizarse de manera presencial, remota o mixta.

Certifico además, que el/la docente guía del proyecto se encuentra formalmente vinculado a la institución que represento 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 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 director/a** | **Firma director/a** | **Timbre Institución** |

****

**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 programa Explora como respaldo de ésta, tomando todas las medidas necesarias para dar cumplimiento a la normativa de seguridad y bioética dispuesta por la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, mediante Resolución Exenta Nº 110, de 2022, de este origen o que se emita en su reemplazo, eximiendo a dicho Servicio de toda responsabilidad, en caso de incumplimiento.

Además, autorizamos la participación del equipo y/o sus representantes en el **Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar** 2022, a realizarse de manera presencial, remota o mixta. Asimismo, en el caso de ser seleccionado, autorizamos al equipo y/o a sus representantes, a participar del **Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación** **Escolar 2022** a realizarse de manera presencial, remota o mixta.

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 Metropolitana Sur Poniente 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 Metropolitana Sur Poniente 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** |

****

**ANEXO N° 3A**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO**

**Y**

**CESIÓN DE DERECHOS DE IMAGEN Y VOZ DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES**

A través de la presente autorizo a (indicar el nombre completo del/la menor a mi cargo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a participar de las actividades de los programas Explora y Ciencia Pública de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, implementados a través del **Proyecto Asociativo Regional PAR Metropolitana Sur Poniente, durante la ejecución del año 4 (2022-2023).**

Además, a través de la presente autorizo que se pueda hacer uso del registro visual, audiovisual, audio y voz que exista de la participación del/la menor de edad bajo mi tutela en las actividades que participe a través de los programas Explora y Ciencia Pública. De completa conformidad, acepto que las grabaciones en video, fotografías y/o grabaciones de voz puedan ser utilizadas **con fines pedagógicos y/o comunicacionales** del Proyecto Asociativo Regional Explora Región Metropolitana Sur Poniente y de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.

Por este medio, expresamente renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación del material que incluya la participación del/la menor a mi cargo, ya individualizado; así como los usos posteriores del mismo, en cualquier formato y plataforma.

Reconozco que el PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente ejecutado por la Universidad de Chile y la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, se basarán en estas autorizaciones para contar con el material que requiere producir, por lo que por este medio renuncio expresamente a entablar algún tipo de reclamación de cualquier naturaleza, en contra de alguna persona relacionada con el ejercicio de los permisos otorgados por el presente documento.

**El presente consentimiento, cuenta con la aprobación explícita de el/la menor a mi cargo (asentimiento).**

A continuación, se solicita completar la siguiente información del apoderado/a o tutor/a y de el/la menor de edad. **En el caso del apoderado/a o tutor/a se solicita firmar por diferenciado el consentimiento de la cesión de imagen y voz, dejando así la opción a optar por una o por las dos opciones.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Datos del apoderado(a) o tutor(a)** |
| **Nombres y apellidos (legal)** |  |
| **Nombre social (si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Firma por consentimiento** |  |
| **Firma por cesión de imagen y voz** |  |
| **Fecha** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Datos de el/la menor de edad** |
| **Nombres y apellidos (legal)** |  |
| **Nombre social (si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Establecimiento educacional** |  |

****

**ANEXO 3B**

**CESIÓN DE DERECHOS DE USO DE IMAGEN Y VOZ**

**DOCENTES/ADULTOS**

A través de la presente declaro que participo voluntariamente de las actividades de los Programas Explora y Ciencia Pública de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, implementados a través del **Proyecto Asociativo Regional PAR Metropolitana Sur Poniente, durante la ejecución del año 4 (2022-2023).**

Además, a través de la presente autorizo que se pueda hacer uso del registro visual, audiovisual, audio y voz que exista de mi participación en las actividades de los programas Explora y Ciencia Pública. De completa conformidad, acepto que las grabaciones en video, fotografías y/o grabaciones de voz puedan ser utilizadas **con fines pedagógicos y/o comunicacionales** del Proyecto Asociativo Regional Explora Región Metropolitana Sur Poniente y de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.

Por este medio, expresamente renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación del material que incluya mi participación; así como los usos posteriores del mismo, en cualquier formato y plataforma.

Reconozco que el PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente ejecutado por la Universidad de Chile y la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación se basarán en estas autorizaciones para contar con el material que requiere producir, por lo que por este medio renuncio expresamente a entablar algún tipo de reclamación de cualquier naturaleza, en contra de alguna persona relacionada con el ejercicio de los permisos otorgados por el presente documento.

A continuación, se solicita completar la siguiente información del adulto/docente.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Datos del/la docente/adulto** |
| **Nombre y apellidos (legal)** |  |
| **Nombre social (sólo si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Firma** |  |
| **Fecha** |  |