# 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 Nº 118 emitida el 15 de junio de 2021, 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** del presente año, a realizarse de manera presencial o remota. 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** a realizarse de manera presencial o remota.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   |   |
| **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 118, de 2021 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** del presente año, a realizarse de manera presencial o remota. 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** a realizarse de manera presencial o remota.

Certifico además, que el/la docente guía del proyecto se encuentra formalmente vinculado a la institución que represento desde el año *\_\_\_\_\_\_* a la fecha.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   |   |
| **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 118, de 2021 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** del presente año, a realizarse de manera presencial o remota. 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** a realizarse de manera presencial o remota.

Por otra parte, certificamos que el/la docente guía del proyecto cuenta con los títulos y certificados 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.*

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).  |

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

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

# ANEXO N°3

**COMPROMISO DOCENTE GUÍA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN ESCOLAR.**

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

Yo, nombre docente guía, en mi calidad de docente de nombre asignatura, dependiente de la institución nombre de la institución (si corresponde), asumo el rol de docente guía del equipo de estudiantes que se indica y todas las responsabilidades correspondientes que se indican a continuación:

* Velar por el cumplimiento de las normas de seguridad y bioética dispuesta por la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, mediante resolución exenta Nº 118, de 2021 o que se emita en su reemplazo.
* Enviar toda la documentación indicada en el punto 6 de las presentes bases y dar fe de su veracidad.
* Realizar la postulación al Congreso Regional Explora.
* Velar por el bienestar de las y los estudiantes en todas las instancias relacionadas al desarrollo del proyecto y a la participación del **Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar**, y si corresponde, también en la participación del **Congreso Nacional**, sea remota o presencialmente.

Además, acepto ser contactado/a en:

Correo electrónico:

Número de teléfono:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  |   |
| **Firma docente guía** | **RUT** | **Fecha** |



# ANEXO N°4

**COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN ESCOLAR.**

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

Los/las miembros del equipo declaramos haber participado del proyecto de forma voluntaria y declaramos haber definido la pregunta de investigación o la problemática o necesidad a resolver a través del proyecto de innovación, por nosotros/as mismos/as. Además, aceptamos el compromiso de participar del **Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar**, a realizarse de manera remota o presencial, y de ser seleccionados, aceptamos participar en el **Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar,** a realizarse de manera remota o presencial. Además, seleccionaremos a dos representantes de nuestro equipo para participar de las distintas instancias de los congresos Explora. Sin perjuicio de lo anterior, participaremos como equipo en las instancias en que esto sea posible.

Por último, declaramos conocer y nos comprometemos a aceptar las siguientes normas:

* Respetar a los pares.
* Respetar normas básicas de buena educación y comportamiento.
* No incurrir en acoso físico o psicológico contra alguna persona.
* Respetar normas de ética, esto incluye plagio, faltas a la seguridad y bioética de los proyectos.
* Participar en todas las actividades planificadas durante la realización del Congreso (salvo caso de fuerza mayor).

Tomamos conocimiento que, en caso de no respetar estas normas, la organización se reserva el derecho a cancelar la participación de todo el equipo en el Congreso Regional y/o Nacional.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellido docente guía**  | **Firma**  |
|  |  |
| **Nombre y apellido estudiante expositor/a 1**  | **Firma**  |
|  |  |
| **Nombre y apellido estudiante expositor/a 2**  | **Firma**  |
|  |  |
| **Nombre y apellido estudiante** | **Firma** |
| Agregar todas las filas que sean necesarias.  |  |

**Fecha: día XX del mes XXXX del año 2021**

# ANEXO N° 5A

**AUTORIZACIÓN DEL APODERADO O TUTOR LEGAL PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN ESCOLAR**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REGISTRO Y CONDICIONES DE USO**

Yonombre y apellido*,* en mi calidad de apoderado/a o tutor/a legal de nombre y apellido estudiante, la/lo autorizo expresamente a participar del proyecto de investigación o innovación título del proyecto, dirigido por el/la docente nombre docente guía y realizado a través del establecimiento educacional nombre est. Educacional o a través de la institución nombre institución (si aplica).

Autorizo además, la participación en forma presencial o virtual en el **Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar**, a realizarse de manera remota o presencial, y de ser seleccionado, su participación en el **Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar,** a realizarse de manera remota o presencial.

En mi calidad de apoderado/a, tomo conocimiento que en caso que mi pupilo(a) no acate las normas establecidas por la organización, tales como respetar a sus pares y adultos y participar en todas las actividades programadas, tanto del Congreso mismo, como de camaradería (salvo en caso de fuerza mayor), la organización se reserva el derecho a cancelar su participación.

Asimismo, autorizo expresa e irrevocablemente, al Proyecto Asociativo Regional PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación a:

1. Que, mi representado sea entrevistado, fotografiado y/o grabado en video, en la actividad denominada “**Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar**” y/o “**Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar”**, material que será de exclusiva propiedad del PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, y no serán devueltos, pudiendo éste utilizarlos libremente.
2. Grabar la voz de mi representado, mediante cualquier sistema apto para ello y capturar y registrar su imagen mediante cualquier sistema fotográfico o audiovisual.
3. Grabar, filmar, registrar imágenes de mi representado, para ser usadas en el proceso de creación y producción audiovisual u otros programas de difusión que el PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación requiera, exhibirlas, editarlas, sin limitación de tiempo o de territorios, en cualquier formato apto para los medios de radiodifusión o televisión bajo todas las formas analógicas o digital, abierta o circuito cerrado, de pago, no limitada a cable o satelital, móvil, internet, home video u otras formas actuales o por inventarse, así como otras plataformas audiovisuales de emisión y/o de fijación de contenidos actuales o por descubrirse
4. Del mismo modo, a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación podrá usarlas para los efectos de promoción, difusión y publicidad.

En virtud de lo anterior, asumo plena responsabilidad por los dichos de mi representado, declaraciones y actuaciones que él/ella realice, en el marco de las grabaciones a que se refiere la presente autorización y eximo de toda responsabilidad al PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, haciéndome personal y absolutamente responsable ante este y terceros, por sus expresiones y actuaciones.

Declaro, reconozco y acepto irrevocablemente que el PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación tendrá derecho a utilizar dicho material, total o parcialmente, en todo medio conocido o por conocer, a perpetuidad.

Por este medio, expresamente renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación del material que incluya la participación del/la menor a mi cargo. Entiendo que los usos que se hagan de la imagen y/o voz de mi representado en ningún caso significarán uso indebido de la misma ni invasión de su intimidad toda vez que accedo libre y voluntariamente a otorgar las autorizaciones que constan en este instrumento. A su vez, entiendo que es facultad del PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y/o de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación determinar usar o no del material que obtenga de mi representado.

Finalmente, declaro que todos los derechos de cualquier clase y todos los films, fotografías y grabaciones de imagen y/o audio realizadas como se establece en esta autorización, son de propiedad del PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, renunciando desde ya a formular cualquier reclamo, de cualquier clase o naturaleza contra éste o terceros.

Firmo en señal de consentimiento y conformidad, esta autorización cuento con la aprobación explicita del/la menor a mi cargo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Datos Apoderado/a | Datos Estudiante |
| Nombre |  |  |
| RUT |  |  |
| Dirección (Calle, comuna región) |  |  |
| Teléfono |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| **Firma del apoderado/a** | **Fecha** |

En………………, a ………………. de..............2021.-

#

# ANEXO N° 5B

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REGISTRO Y CONDICIONES DE USO**

**(DOCENTES/ADULTOS)**

Yonombre y apellidos*,* cédula de identidad N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo expresa e irrevocablemente, al Proyecto Asociativo Regional PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación a:

1. Que, ser entrevistado, fotografiado y/o grabado en video, en la actividad denominada “**Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar**” y/o “**Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar”**, material que será de exclusiva propiedad del PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, y no serán devueltos, pudiendo éste utilizarlos libremente.
2. Grabar mi voz, mediante cualquier sistema apto para ello y capturar y registrar mi imagen mediante cualquier sistema fotográfico o audiovisual.
3. Grabar, filmar, registrar imágenes de mi persona, para ser usadas en el proceso de creación y producción audiovisual u otros programas de difusión que el PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación requiera, exhibirlas, editarlas, sin limitación de tiempo o de territorios, en cualquier formato apto para los medios de radiodifusión o televisión bajo todas las formas analógicas o digital, abierta o circuito cerrado, de pago, no limitada a cable o satelital, móvil, internet, home video u otras formas actuales o por inventarse, así como otras plataformas audiovisuales de emisión y/o de fijación de contenidos actuales o por descubrirse
4. Del mismo modo, la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación podrá usarlas para los efectos de promoción, difusión y publicidad.

En virtud de lo anterior, asumo plena responsabilidad por mis dichos, declaraciones y actuaciones que realice, en el marco de las grabaciones a que se refiere la presente autorización y eximo de toda responsabilidad al PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y a la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, haciéndome personal y absolutamente responsable ante este y terceros.

Declaro, reconozco y acepto irrevocablemente que el PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación tendrá derecho a utilizar dicho material, total o parcialmente, en todo medio conocido o por conocer, a perpetuidad.

Por este medio, expresamente renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación del material que incluya mi participación. Entiendo que los usos que se hagan de la imagen y/o voz en ningún caso significarán uso indebido de la misma ni invasión de mi intimidad toda vez que accedo libre y voluntariamente a otorgar las autorizaciones que constan en este instrumento. A su vez, entiendo que es facultad del PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y/o de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación determinar usar o no del material que obtenga de mi representado.

Finalmente, declaro que todos los derechos de cualquier clase y todos los films, fotografías y grabaciones de imagen y/o audio realizadas como se establece en esta autorización, son de propiedad del PAR Explora Región Metropolitana Sur Poniente y de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, renunciando desde ya a formular cualquier reclamo, de cualquier clase o naturaleza contra éste o terceros.

Firmo en señal de consentimiento y conformidad,

………………………………………………………………………………

(Firma y RUT)

En………………, a ………………. de..............2021.-