**ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

|  |
| --- |
| **Congreso Regional Explora de Investigación e Innovación Escolar 2022**  **FORMULARIO ÚNICO DE POSTULACIÓN** |

El formulario completo debe contemplar una extensión máxima de 20 hojas (salvo casos especiales de equipos del proyecto o investigación que por alguna NNE requieran utilizar una mayor extensión). Debe ser realizado en tamaño carta, espacio simple y en VERDANA tamaño 10. Completar **TODA** la información solicitada, de lo contrario el proyecto de innovación o investigación será declarado inadmisible para participar en el Congreso Regional 2022.

**Marque con una X la opción correspondiente para cada categoría, nivel y tipo de institución:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORÍA** |  | INVESTIGACIÓN |  | INNOVACIÓN |
| **NIVEL** |  | E. BÁSICA |  | E. MEDIA |
| **TIPO INSTITUCIÓN** |  | E. EDUCACIONAL |  | OTRA |

1. **PROYECTO Y PARTICIPANTES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN O DEL PROYECTO DE INNOVACIÓN** | | |
|  | | |
| **ÁREA DISCIPLINAR**  (marque con una X) |  | CIENCIAS NATURALES |
|  | INGENIERÍA Y TECNOLOGÍA |
|  | CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD |
|  | CIENCIAS AGRÍCOLAS |
|  | CIENCIAS SOCIALES |
|  | HUMANIDADES |
| **FECHA DE INICIO** |  | |
| **FECHA DE TÉRMINO** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCENTE GUÍA** | | |
| Nombre completo |  | |
| RUT |  | |
| Sexo  (marque con una X) |  | Mujer |
|  | Hombre |
|  | Otro |
|  | Prefiero no decirlo |
| Año de nacimiento |  | |
| Especialidad de formación y/o mención |  | |
| Institución (en caso de aprendizaje en casa señalar “No Aplica”). |  | |
| Dirección particular |  | |
| Ciudad |  | |
| Comuna |  | |
| Región |  | |
| Teléfono |  | |
| Correo electrónico |  | |
| ¿Tuvo acompañamiento en Investigación e Innovación Escolar de un equipo PAR Explora? (marque con X) |  | Si |
|  | NO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTUDIANTES EXPOSITORAS/ES EN EL CONGRESO REGIONAL Y/O NACIONAL 2022 (2)** | | | |
| **Expositor/a N°1** | | | |
| Nombre completo |  | | |
| Fecha de nacimiento |  | Curso |  |
| RUT | |  | |
| Sexo  (marque con una X) | |  | Mujer |
|  | Hombre |
|  | Otro |
|  | Prefiero no decirlo |
| Establecimiento Educacional, otra entidad u modalidad (indicar “aprendizaje en casa” si aplica) | |  | |
| Dirección particular | |  | |
| Ciudad | |  | |
| Comuna | |  | |
| Región | |  | |
| Teléfono | |  | |
| Correo electrónico | |  | |
| **Expositor/a N°2** | | | |
| Nombre completo |  | | |
| Fecha de nacimiento |  | Curso |  |
| RUT | |  | |
| Sexo  (marque con una X) | |  | Mujer |
|  | Hombre |
|  | Otro |
|  | Prefiero no decirlo |
| Establecimiento Educacional, otra entidad u modalidad (indicar “aprendizaje en casa” si aplica) | |  | |
| Dirección particular | |  | |
| Ciudad | |  | |
| Comuna | |  | |
| Región | |  | |
| Teléfono | |  | |
| Correo electrónico | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTUDIANTES CO-AUTORES/AS EN EL CONGRESO REGIONAL Y/O NACIONAL 2022**  **(REPLICAR ESTA TABLA POR CADA ESTUDIANTE COAUTOR/A INTEGRANTE DEL EQUIPO)** | | | |
| **Co-autor/a N°X** | | | |
| Nombre completo |  | | |
| Fecha de nacimiento |  | Curso |  |
| RUT | |  | |
| Sexo  (marque con una X) | |  | Mujer |
|  | Hombre |
|  | Otro |
|  | Prefiero no decirlo |
| Establecimiento Educacional, otra entidad u modalidad (indicar “aprendizaje en casa” si aplica) | |  | |
| Dirección particular | |  | |
| Ciudad | |  | |
| Comuna | |  | |
| Región | |  | |
| Teléfono | |  | |
| Correo electrónico | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Director/a del Establecimiento Educacional, Representante legal de la entidad que respalda la propuesta o Apoderado (únicamente en “modalidad en casa”)** | | |
| Nombre Director/a o Representante legal o Apoderado (solo modalidad en casa) |  | |
| RUT |  | |
| Sexo  (marque con una X) |  | Mujer |
|  | Hombre |
|  | Otro |
|  | Prefiero no decirlo |
| Institución (o modalidad en casa si aplica) |  | |
| Dependencia (si aplica) |  | |
| RBD (si aplica) |  | |
| Dirección |  | |
| Ciudad |  | |
| Comuna |  | |
| Región |  | |
| Correo electrónico |  | |
| Teléfono |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Asesor/a Científico/a.** En el caso que el proyecto o investigación cuente con uno/a. | | |
| Nombre completo |  | |
| RUT |  | |
| Sexo  (marcar con una X) |  | Mujer |
|  | Hombre |
|  | Otro |
|  | Prefiero no decirlo |
| Año de nacimiento |  | |
| Especialidad |  | |
| Institución a la que pertenece |  | |
| Dirección institución |  | |
| Ciudad |  | |
| Comuna |  | |
| Región |  | |
| Correo electrónico |  | |
| Teléfono |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿El proyecto o investigación ha sido presentado en otras instancias (ferias, congresos, muestras, etc.)?** | |
| SÍ ☐ | NO ☐ |
| Si la respuesta es SÍ, ¿dónde?: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXOS OBLIGATORIOS** | |
| * Todos las investigaciones o innovaciones deben presentar los **ANEXOS 1 al 3** debidamente firmados por quien se indique, de lo contrario el proyecto o investigación será considerado **INADMISIBLE.** | |
| **ANEXOS ESPECÍFICOS** | |
| De acuerdo al tipo de proyecto de investigación o innovación escolar existe **documentación específica obligatoria** a presentar al momento de la postulación. La siguiente tabla resume dicha documentación. | |
| Investigación con Seres Humanos como sujeto de estudio | 1) Consentimiento informado para participar como sujeto de estudio en proyectos de Investigación o Innovación Escolar de Explora (anexo 4).  2) Declaración asesor/a científico/a del proyecto de investigación o innovación que involucren el trabajo con personas como sujeto de estudio (anexo 5). |
| Investigación con Animales Invertebrados | 1) Declaración asesor/a científico/a: trabajo con animales (anexo 6). |
| Investigación con Animales Vertebrados | 1) Declaración asesor/a científico/a: trabajo con animales (anexo 6).  2) Autorización del comité de bioética y plan en la investigación o proyecto de innovación con animales vertebrados (anexo 7). |

**2. INFORME ESCRITO**

A continuación, se presentan todas las secciones a completar que constituirán el Informe Escrito del proyecto o investigación. Este informe será revisado por el Comité Científico Evaluador, cuya calificación valdrá un 30% de la nota final del proyecto o investigación.

|  |
| --- |
| **Resumen**  En **no más de 300 palabras** explicar los puntos más importantes del proyecto de investigación y/o innovación desarrollado: objetivo, hipótesis o problema/necesidad a resolver, metodología, resultados/solución, y conclusiones. El resumen debe estar escrito en un lenguaje claro y no debe incorporar figuras ni referencias bibliográficas. *Esta indicación puede ser borrada.* |
|  |

|  |
| --- |
| **Introducción (presentación de la hipótesis o problema/necesidad, marco teórico, justificación y solución a la necesidad o problema)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Hipótesis (si aplica)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objetivo General** |
|  |
| **Objetivos Específicos** |
|  |

|  |
| --- |
| **Metodología** |
|  |

|  |
| --- |
| **Resultados** |
|  |

|  |
| --- |
| **Análisis y Discusión** |
|  |

|  |
| --- |
| **Conclusiones** |
|  |

|  |
| --- |
| **Referencias Bibliográficas** |
|  |

**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 VALPARAÍSO 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 Valparaíso 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 Explora Valparaíso, 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 Valparaíso 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 Valparaíso ejecutado por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso 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 Explora Valparaíso, 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 PAR Explora Región Valparaíso 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 de Valparaíso ejecutado por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso 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** |  |

**ANEXO N°4**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR COMO SUJETO DE ESTUDIO EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN ESCOLAR DE EXPLORA** (escribir nombre de la investigación/proyecto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POR FAVOR, COMPLETAR LOS ESPACIOS INDICADOS**

**1.- Sección Informativa**

Ha sido invitado/a a participar en el proyecto (nombre del proyecto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, realizado por (escribir los nombres de los miembros del equipo, incluyendo el/la docente guía) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuyo objetivo es (indicar el objetivo general del proyecto en términos sencillos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Además, participará como asesor/a científico/a de este proyecto (nombre del especialista) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mi participación consistirá en (describir la metodología y el instrumento que se aplicará, incluyendo el tipo de preguntas y los tiempos involucrados) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; no implicando ningún riesgo a mi salud física y mental.

Mi participación contribuirá a (indicar el objetivo de la participación y potenciales resultados) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y los resultados obtenidos serán compartidos conmigo una vez finalizado el proyecto.

La participación en este proyecto es **voluntaria y anónima**. Aunque usted acepte participar en este estudio, **tiene derecho a abandonar su participación en cualquier momento**.

Si tiene cualquier consulta acerca del proyecto puede contactar a: (Nombre, teléfono y correo electrónico del/la docente guía) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**2.- Sección Declarativa**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declaro que he leído (o se me ha leído) y he comprendido las condiciones de mi participación en este proyecto. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto. A través de la firma de este documento declaro que **acepto participar voluntariamente** del proyecto, sabiendo que puedo dar por finalizada mi participación en cualquier momento, sin expresar causal o motivo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del participante** | **Firma del participante** | **Fecha** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del apoderado o Tutor legal\*** | **Firma del Apoderado o Tutor legal\*** | **Fecha\*** |

\*Si corresponde

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre del docente guía** | **Firma del docente guía** | **Fecha** |

(Se firman dos copias, una para el/la participante y otra para el/la investigador/a)

**ANEXO N°5**

**DECLARACIÓN ASESOR/A CIENTÍFICO/A DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN O INNOVACIÓN QUE INVOLUCREN EL TRABAJO CON PERSONAS COMO SUJETO DE ESTUDIO.**

**POR FAVOR, COMPLETAR LOS ESPACIOS INDICADOS**

A través de la presente, yo, (nombre y apellidos*,* RUT, grado académico, cargo, institución) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que supervisé la investigación o proyecto de innovación titulado (nombre de la investigación o proyecto de innovación) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realizada por los estudiantes del establecimiento u otra entidad (nombre establecimiento educacional u otra entidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y que se llevó a cabo entre (fecha de inicio-fecha de término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Sólo** podrá realizarlo en los siguientes casos: (1) obteniendo información personal de ellas, y/o (2) obteniendo datos.

**Están prohibidas** todas aquellas investigaciones o proyectos de innovación que impliquen la prueba de productos en seres humanos, ya sea en la piel, para su consumo vía oral o respiratoria y aquellas que impliquen toma de muestras de carácter biológico (fluidos, secreciones u otros).

Certifico que la investigación o proyecto de innovación contó con el debido consentimiento de las personas, resguardando su integridad física, mental y la privacidad. Además, declaro que velé por la veracidad de los datos, procesos y resultados obtenidos en su integridad.

En los casos que corresponda Si [ ] No [ ] (marque con una X), declaro que las encuestas que fueron aplicadas entre pares estudiantes no consideraron información personal ni sensible de las y los encuestados y que fueron respondidas de forma voluntaria.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre y apellido de/la asesor/a científico/a** | **Firma del/la asesor/a científico/a** | **Fecha** |

**ANEXO N°6**

**DECLARACIÓN ASESOR/A CIENTÍFICO/A**

**TRABAJO CON ANIMALES**

**POR FAVOR, COMPLETAR LOS ESPACIOS INDICADOS**

**INDICAR SI TRABAJO CON (marque con una x)**

**\_\_\_ ANIMAL VERTEBRADO**

**\_\_\_ ANIMAL INVERTEBRADO**

A través de la presente, yo, (nombre y apellido, RUT, grado académico, cargo, institución) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, certifico que supervisé la investigación o proyecto de innovación (título de la investigación o proyecto de innovación) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ realizada por las y los estudiantes del (nombre establecimiento educacional o entidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y que se llevó a cabo entre (fecha de inicio-fecha de término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Certifico que la experimentación con (nombrar especie/s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ se realizó en (nombre y dirección institución) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **y no en el establecimiento educacional o entidad al cual pertenecen los estudiantes** (quitar la frase subrayada si se trata de una escuela o liceo agrícola),**y que la manipulación de los animales estuvo a mi cargo** **sin intervención directa de ellas y/o ellos**, cumpliendo así lo estipulado en las presentes bases.

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 de/la asesor/a científico/a** | **Firma de/la asesor/a científico/a** | **Fecha** |

**ANEXO N°7**

**AUTORIZACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA Y PLAN EN LA INVESTIGACIÓN O PROYECTO DE INNOVACIÓN CON ANIMALES VERTEBRADOS**

**POR FAVOR, COMPLETAR LOS ESPACIOS INDICADOS**

A través de la presente, el Comité de Bioética de (nombre de institución) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_certifica lo siguiente:

El plan de trabajo de la investigación o proyecto de innovación (título investigación o proyecto de innovación)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el cual se llevó a cabo por (nombre estudiantes) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiantes del (nombre del establecimiento o entidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fue revisado y aceptado por este Comité, certificando así que existe una buena fundamentación para el estudio desarrollado con la especie (nombre especie/s) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el marco de esta investigación o proyecto de innovación.

El trabajo se desarrolló en dependencias de (nombre institución) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (misma a la que pertenece el Comité de Bioética), y que se llevó a cabo entre (fecha de inicio-fecha de término) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

El trabajo cuenta con el/la asesor/a científico/a (nombre asesor/a científico/a, RUT, grado académico, cargo, institución) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ que realizó los procedimientos vinculados con la manipulación de la especie(s) antes mencionada(s).

A continuación, se adjunta plan de investigación aprobado.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre y apellido Director/a Comité Bioética** | **Firma Director/a Comité Bioética** | **Timbre Institución** |

**PLAN DE TRABAJO PARA LA INVESTIGACIÓN O PROYECTO DE INNOVACIÓN CON ANIMALES VERTEBRADOS**

(Utilice las líneas que sean necesarias para una detallada descripción)

|  |  |
| --- | --- |
| Título de la investigación o proyecto de innovación |  |
| Equipo de la investigación o proyecto de innovación escolar |  |
| Docente asesor/a |  |
| Asesor/a científico/a |  |
| Establecimiento educacional o entidad |  |
| Institución donde se desarrollará la investigación/innovación |  |
| Pregunta de la investigación o proyecto de innovación |  |
| Fecha investigación o proyecto de innovación | Fecha de inicio:  Fecha de término: |
| 1. Justifique el uso de animales vertebrados, en vez de usar métodos alternativos. |  |
| 1. Explique las características que justifican el uso de la/s especie/s a utilizar |  |
| 1. Justifique el número de animales a utilizar. |  |
| 1. Describa la secuencia de los procedimientos a ejecutar con los animales. |  |

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.

**Anexo N°8 A**

**Formato de carta de consentimiento y cesión de derechos de imagen y voz de niñas, niños y adolescentes para el XXI Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar 2022.**

A través de la presente autorizo a (indicar el nombre completo del menor a mi cargo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a participar del **XXI Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar 2022 de la División de Ciencia y Sociedad de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.**

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. De completa conformidad, acepto que las grabaciones en video, fotografías y/o grabaciones de voz puedan ser utilizadas con fines pedagógicos y/o comunicacionales por el Programa Explora de la División de Ciencia y Sociedad 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 Programa Explora de la División de Ciencia y Sociedad de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, se basará 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 del 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** |  |
| **Firma, dibujo u otro de asentimiento** |  |

**ANEXO N°8 B**

**Formato de cesión de derechos de imagen y voz de docentes/adultos**

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

**DOCENTES/ADULTOS**

A través de la presente declaro que participo voluntariamente del **XXI Congreso Nacional Explora de Investigación e Innovación Escolar** **2022** de la División de Ciencia y Sociedad de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación.

Además, a través de la presente autorizo que se pueda hacer uso del registro visual, audiovisual, audio y voz que exista de mi participación. De completa conformidad, acepto que las grabaciones en video, fotografías y/o grabaciones de voz puedan ser utilizadas **con fines pedagógicos y/o comunicacionales** por el Programa Explora de la División de Ciencia y Sociedad 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 Programa Explora de la División de Ciencia y Sociedad de la Subsecretaría de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, se basará 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 Apellido (legal)** |  |
| **Nombre social (si corresponde)** |  |
| **RUT** |  |
| **Fecha de Nacimiento** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Comuna** |  |
| **Región** |  |
| **Firma** |  |
| **Fecha** |  |