**POR FAVOR ENVIÉ ESTE FORMULARIO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y EL PAGO ANTES DEL 4 DE NOVIEMBRE DE 2016 A: EYH, PO Box 31638, San Francisco, CA 94131-0638**

SAN FRANCISCO STATE UNIVERSITY

Recursos Humanos,
Administración de Seguridad y Riesgos
1600 Holloway Avenue, ADM 252
San Francisco, California 94132-4252
Tel: (415) 338-1873
Fax: (415) 338-0521
http://www.sfsu.edu/~hrwww

Nombre completo del estudiante (letra imprenta): _____

Escuela: _____

Grado: _____

# EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, PROMESA DE NO DEMANDAR, RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y ACUERDO DE PAGO DE RECLAMOS

**POR FAVOR LEA EL FORMULARIO COMPLETO, CONTESTE TODAS PARTES Y FIRME COMO SE INDICA**

Actividad: **Ampliar los Horizontes Profesionales, una Conferencia para Mujeres Jóvenes**

Fecha(s) y hora(s) de la Actividad: sábado 19 de noviembre de 2016
8:15 de la mañana a 3:00 de la tarde

Ubicación de la actividad(es): Jack Adams Hall en el Centro de Estudiante de Cesar Chavez, y Thornton Hall y Hensill Hall de SFSU

***- Para que lo contesten sólo personas no empleadas por la universidad -***

En consideración de que se me permita participar en esta Actividad , en nombre mío y de mi familia, mis herederos y representantes , **relevo de toda responsabilidad y prometo no demandar** al Estado de California, los representantes legales de la Universidad del Estado de California, la Universidad Estatal de San Francisco y sus empleados, funcionarios , directores, voluntarios y agentes (colectivamente " la Universidad ") de todo reclamo, **incluidos reclamos de negligencia de la Universidad**, que resulten en una lesión física o psicológica ( incluidas parálisis y muerte) , enfermedades , daños o pérdida económica, o emocional que pueda sufrir debido a mi participación en esta actividad, incluidos los viajes de ida y regreso, y durante la Actividad.

Estoy participando voluntariamente en esta actividad. Soy consciente de los riesgos relacionados con los traslados de ida y regreso, al participar en esta Actividad, las cuales incluyen pero no se limitan a lesiones físicas o psicológicas, dolor, sufrimiento, enfermedad , desfiguración , incapacidad temporal o permanente (incluida la parálisis) , pérdida económica o emocional, y/o la muerte. Entiendo que este tipo de lesiones o resultados pueden surgir de mis o propias u otras acciones, omisiones o negligencias, las condiciones relacionadas con los viajes, o el estado de la ubicación de las Actividades(s). **Sin embargo, asumo todos los riesgos de mi participación en esta Actividad, y relacionados con ella, conocidos o desconocidos, incluidos los viajes de ida y regreso, y durante la Actividad.**

Acepto **eximir** la Universidad **de culpa y cargo** de todos los reclamos, incluyendo los honorarios de abogados, o daños a mi propiedad personal que puedan ocurrir como resultado de mi participación en esta Actividad, incluidos los viajes de ida y regreso, y durante la Actividad. Si la Universidad incurre cualquier tipo de estos de gastos, me comprometo a rembolsar a la Universidad. Si necesito tratamiento médico, yo entiendo que soy responsable por cualquier cargo en que se incurra por mi tratamiento médico. Soy consciente y entiendo que debo tener mi propio seguro de salud.

Tengo de 18 años de edad o mayor**. Entiendo las consecuencias jurídicas de firmar este documento, incluyendo que yo, (a) relevo la Universidad de toda responsabilidad, (b) prometo no demandar la Universidad, (c) y asumo todos los riesgos de participar en esta Actividad, incluyendo los viajes de ida y regreso, y durante la Actividad.**

Entiendo que este documento está escrito para ser tan amplio e inclusivo como lo permitan las leyes del Estado de California. Acepto que si alguna parte se considera inválida o inejecutable, el resto deberá continuar en pleno vigor y efecto.

He leído este documento y firmo por mi propia voluntad. No se formuló ninguna otra observación con respecto a los efectos legales de este documento.

Firma del participante: _____

Nombre del participante (letra imprenta): _____

Fecha: _____

***Si el participante es menor de 18 años de edad:***

Soy el padre de familia o tutor legal del participante. **Entiendo las consecuencias jurídicas de firmar de este documento, incluyendo, (a) el relevo de la Universidad de toda responsabilidad en mi nombre y en el del participante, (b) la promesa de no demandar en mi nombre y en nombre del participante, (c) y aceptar todos los riesgos de la participación del participante en esta Actividad, incluidos los viajes de ida y regreso, y durante la Actividad.** Autorizo al participante a participar en esta actividad. Entiendo que soy responsable de las obligaciones y los actos del participante, como se describe en este documento. Acepto los términos y condiciones de este documento.

Declaro que leí este documento de dos páginas y el calendario adjunto, y que firmo por mi propia voluntad. No se formuló ninguna otra observación con respecto a los efectos legales de este documento.

_____

Firma del padre de familia/ tutor del menor participante

_____ _____

Nombre del padre de familia/ tutor del menor participante (letra de imprenta) Fecha

Nombre del participantee



**POR FAVOR ENVIÉ ESTE FORMULARIO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y EL PAGO ANTES DEL 4 DE NOVIEMBRE DE 2016 A: EYH, PO Box 31638, San Francisco, CA 94131-0638**