



## EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Al firmar este acuerdo, reconozco que no soy un empleado de la Ciudad de Santa Cruz y que mis servicios de voluntario, bajo este acuerdo, no tendrán remuneración. Asimismo, estoy de acuerdo a que no seré asegurado bajo el Programa de Compensación de los Trabajadores de la Ciudad, y que la cobertura de aseguranza durante el desarrollo de dicho servicio está sujeta a un reembolso por gastos médicos debido a lesiones incurridas de acuerdo a lo previsto en CitySERVE Voluntario. Entiendo que el Programa de Voluntarios de CitySERVE brinda exceso de aseguranza médica por lesiones incurridas, como parte de mis tareas de voluntario, el cual será secundario a mi existente seguro médico. Me comprometo a no usar equipos eléctricos de alto poder mientras sea voluntario y que dicha cobertura médica es anulada, a menos que otros arreglos se hayan hecho por medio de la Ciudad de Santa Cruz como adelanto a dicho trabajo.

También me comprometo a no responsabilizar a la Ciudad de Santa Cruz, sus oficiales, agentes y empleados, por ninguna queja de lesiones personales y daño a mi propiedad que pueda presentarse al desarrollar mi servicio de voluntario excepto a lo mencionado anteriormente.

Nombre: \_\_\_\_\_ **Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ **Teléfono de Emergencia:** \_\_\_\_\_

Ciudad y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Firma del Voluntario: x** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre de Familia o Tutor Legal**

**(si el voluntario es menor de 18) x** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_