



CENTRO ESPERANZA
HIJAS DE LA CARIDAD LOIZA, P.R.



**EXCEPTIONAL
COMMUNITY LEADERS
PROGRAM**



Relevo de Responsabilidad

(menores 18)

Yo, _____ padre/,madre o tutor con custodia legal y capacidad para consentir por el menor _____ quien actualmente tiene _____ años de edad, **AUTORIZO Y CERTIFICO:**

1. He sido informado, reconozco y autorizo a que el menor participe en la(s) actividades realizadas por **Centro Esperanza, Inc.** y Bravo Family Foundation, bajo el Programa de Turismo Patrimonial y Servicio Comunitario .
2. A que el/la menor que aquí represento, participe de las actividades de capacitación y formación, viajes de estudio y recorridos que organiza **el Centro Esperanza, Inc. y/o** Bravo Family Foundation en la comunidad Colobó del pueblo de Loíza así como en cualquier otro lugar en el que se celebren actividades, encuentros o servicios de recorridos.
3. Reconozco, certifico y acepto que las actividades que el menor ha de realizar con **Centro Esperanza, Inc.** y/o colaboradores pueden requerir actividad física que puede variar desde fácil a moderada; he sido debidamente informado sobre los requisitos, la vestimenta apropiada para participar en esta actividad, y sobre las condiciones ambientales y equipo a las cuales el menor puede estar expuesto. Confirmando que entiendo los requisitos y las condiciones necesarias y afirmo mi autorización de que el menor participe en la actividad.
4. Reconozco, certifico y acepto que como en toda actividad, en la práctica y en la participación, podrían ocurrir accidentes que ocasionen algún tipo de daño físico o lesiones al participante por causas naturales o consecuencia de las acciones de otras personas.
5. Reconozco, certifico y acepto que el menor cuenta con la condición emocional y capacidad física requerida para realizar todas las actividades requeridas : exposición al sol, lluvia, caminar distancias en terrenos no uniformes, u otros elementos relacionados a actividades realizadas en la naturaleza o facilidades de **Centro Esperanza, Inc.** y/o colaboradores .
6. Me comprometo a repasar, promover y asegurar que el menor cumpla con las reglas de seguridad, y normas de conducta y sana convivencia debidamente explicadas por el personal encargado.

7. Reconozco y acepto que seré responsable de cualquier acto de agresión o cualquier delito tipificado que el menor cometa contra los directores, co-directores, profesionales, empleados, voluntarios, propiedades, colaboradores, facilidades y/o cualquier entidad que apoye, esté afiliada o aliada a **Centro Esperanza, Inc.**
8. RELEVO y para siempre libero de responsabilidad a **Centro Esperanza, Inc. y a Bravo Family Foundation**, a sus Directores Ejecutivos, a los miembros de la Junta de Directores y a todos sus empleados, facilitadores, oficiales y voluntarios, por cualquier daño o perjuicio, directo o indirecto, que pudiera sufrir yo o el/la menor que aquí represento, mientras participó de las actividades, encuentros, talleres o cualquier otra actividad. Este relevo incluye el periodo en que se esté en espera por comenzar o al terminar la actividad y también en los momentos de viaje de ida o de regreso. Este relevo aplica al resultado de cualquier actuación u omisión, tanto mía, o la del/de la menor que represento, así como de algún miembro de mi familia o acompañante.
9. Pagar y/o reembolsar cualquier gasto, facturas de cobro, sentencia, resolución u orden que dicte cualquier tribunal en contra del **Centro Esperanza, Inc. o** contra Bravo Family Foundation como consecuencia de algún acto o falta mía o del/ de la menor que represento y también pagaré cualquier costo relacionado con reparaciones, sustitución de equipos o materiales o mejoras que se tengan que realizar por culpa de las acciones u omisiones mías o del/ de la menor que aquí represento.
10. Autorizar a los representantes del **Centro Esperanza, Inc. y a Bravo Family Foundation**, a sus equipos, agentes o cualquier funcionario a que gestione cualquier servicio médico de urgencia que sea requerido por una situación de emergencia en la que esté en peligro el/la menor que aquí represento, sin que esto represente pago alguno por los costos de servicio médico por parte de **Centro Esperanza, Inc. y Bravo Family Foundation**. Pagar y/o reembolsar cualquier gasto o factura por gestiones médicas será mi responsabilidad.
11. Autorizar a **Centro Esperanza, Inc. y/o Bravo Family Foundation** a utilizar, por un periodo de tiempo indefinido, mi imagen o la del/ de la menor que aquí represento, captada durante las actividades que se realizan, bien sea fotos, videos o cualquier material audiovisual, para que se utilice en materiales promocionales, en campañas de recaudación de fondos o en cualquier material de comunicaciones que realice el **Centro Esperanza, Inc. y/o Bravo Family Foundation**.
12. Entiendo y acepto que autorizo a **Centro Esperanza, Inc. y/o Bravo Family Foundation** a usar dicho material audiovisual en cualquier medio de comunicación, en forma impresa o electrónica, pública o



CENTRO ESPERANZA
HIJAS DE LA CARIDAD LOÍZA, P.R.



**EXCEPTIONAL
COMMUNITY LEADERS
PROGRAM**



Relevo de Responsabilidad

(mayores de 18)

YO, _____ mayor de edad, por la presente **AUTORIZO Y**

CERTIFICO:

1. He sido informado y reconozco mi participación en la(s) actividades realizadas por **Centro Esperanza, Inc.** y Bravo Family Foundation, bajo el Programa de Turismo Patrimonial y Servicio Comunitario .
2. Que acepto participar de las actividades de capacitación y formación, viajes de estudio y recorridos que organiza **el Centro Esperanza, Inc. y/o** Bravo Family Foundation en la comunidad Colobó del pueblo de Loíza así como en cualquier otro lugar en el que se celebren actividades, encuentros o servicios de recorridos.
3. Reconozco, certifico y acepto que las actividades ha realizar con **Centro Esperanza, Inc.** y/o colaboradores pueden requerir actividad física que puede variar desde fácil a moderada; he sido debidamente informado sobre los requisitos, la vestimenta apropiada para participar en esta actividad, y sobre las condiciones ambientales y equipo a las cuales se puede estar expuesto. Confirmando que entiendo los requisitos y las condiciones necesarias.
4. Reconozco, certifico y acepto que, como en toda actividad, en la práctica y en la participación, podrían ocurrir accidentes que ocasionen algún tipo de daño físico o lesiones al participante por causas naturales o consecuencia de las acciones de otras personas.
5. Reconozco, certifico y acepto que cuento con la condición emocional y capacidad física requerida para realizar todas las actividades requeridas : exposición al sol, lluvia, caminar distancias en terrenos no uniformes, u otros elementos relacionados a actividades realizadas en la naturaleza o facilidades de **Centro Esperanza, Inc.** y/o colaboradores .
6. Me comprometo a repasar, promover y seguir las reglas de seguridad, y normas de conducta y sana convivencia debidamente explicadas por el personal encargado.
7. Reconozco y acepto que seré responsable de cualquier acto de agresión o cualquier delito tipificado que cometa contra los directores, co-directores, profesionales, empleados, voluntarios, propiedades, colaboradores, facilidades y/o cualquier entidad que apoye, esté afiliada o aliada a **Centro Esperanza, Inc..**

8. RELEVO para siempre y libero de responsabilidad a **Centro Esperanza, Inc. y a** Bravo Family Foundation, a sus Directores Ejecutivos, a los miembros de la Junta de Directores y a todos sus empleados, facilitadores, oficiales y voluntarios, por cualquier daño o perjuicio, directo o indirecto, que pudiera sufrir, mientras participó de las actividades, encuentros, talleres o cualquier otra actividad. Este relevo incluye el periodo en que se esté en espera por comenzar o al terminar la actividad y también en los momentos de viaje de ida o de regreso. Este relevo aplica al resultado de cualquier actuación u omisión, tanto mía, así como de algún miembro de mi familia o acompañante.
9. Pagar y/o reembolsar cualquier gasto, facturas de cobro, sentencia, resolución u orden que dicte cualquier tribunal en contra del **Centro Esperanza, Inc. o** contra Bravo Family Foundation como consecuencia de algún acto o falta mía, también pagaré cualquier costo relacionado con reparaciones, sustitución de equipos o materiales o mejoras que se tengan que realizar por culpa de las acciones u omisiones.
10. Autorizo a los representantes del **Centro Esperanza, Inc. y a** Bravo Family Foundation, a sus equipos, agentes o cualquier funcionario a que gestione cualquier servicio médico de urgencia que sea requerido por una situación de emergencia en la que esté en peligro, sin que esto represente pago alguno por los costos de servicio médico por parte de **Centro Esperanza, Inc. y** Bravo Family Foundation. Pagar y/o reembolsar cualquier gasto o factura por gestiones médicas será mi responsabilidad.
11. Autorizo a **Centro Esperanza, Inc. y/o** Bravo Family Foundation a utilizar, por un periodo de tiempo indefinido, mi imagen captada durante las actividades que se realizan, bien sea fotos, videos o cualquier material audiovisual, para que se utilice en materiales promocionales, en campañas de recaudación de fondos o en cualquier material de comunicaciones que realice el **Centro Esperanza, Inc. y/o** Bravo Family Foundation.
12. Entiendo y acepto que autorizo a **Centro Esperanza, Inc. y/o** Bravo Family Foundation a usar dicho material audiovisual en cualquier medio de comunicación, en forma impresa o electrónica, pública o privada, ahora o en el futuro; entiendo y acepto que el uso que se le dará al material audiovisual no será para ningún propósito comercial; doy mi consentimiento informado para que usen mi nombre y/o identidad, puedan ser revelados en el material audiovisual mediante una mención o un texto descriptivo o comentario.
13. Renuncio a cualquier derecho, reclamo o interés que pueda tener para controlar el uso de mi identidad; comprendo y acepto que no recibirá remuneración financiera o de otra índole por el material audiovisual

que se publique en los medios que **Centro Esperanza, Inc.** y/o Bravo Family Foundation decida utilizar mi imagen , una vez o múltiples veces según antes descrito y como entiendan sea necesario.

Nombre del Mayor de Edad	Firma del participante	Fecha
--------------------------	------------------------	-------

Dirección: _____

Teléfonos: _____

Correo electrónico: _____