

Universidad de Western Oregon
Consentimiento Informado del participante,
Liberación, y Acuerdo de Indemnización
Para Proveedores y Suplentes

Yo, _____ (Suplente/Proveedor y nombre del programa)
en consideración de mi participación voluntaria en el **Programa de Suplentes Para el Cuidado Infantil de Oregon (CCSO por sus siglas en inglés)** y todo los eventos de programas y actividades dentro y fuera del campus, incluyendo el uso de terrenos y instalaciones en el campus de La Universidad de Western Oregon (WOU), asumo toda la responsabilidad de riesgos o pérdidas que pueden resultar de mi participación en el programa. Yo estoy de acuerdo en seguir todas las reglas aplicables del programa.

Específicamente, estoy de acuerdo de seguir la seguridad y otras instrucciones proporcionadas por WOU, el programa de Suplentes Para el Cuidado Infantil de Oregon y personal del programa.

El/La suplente seguirá las políticas del programa de cuidado infantil y el manual CCSO. Los participantes del programa seguirán todas las políticas y procedimientos.

El/La suplente para el programa de Suplentes Para el Cuidado Infantil de Oregon y Los participantes del programa operará y usará equipo y herramientas, materiales en una manera adecuada y segura, usar WOU/otras instalaciones de acuerdo con el programa y las políticas de WOU gobernando el uso de esas instalaciones, y inmediatamente reportar cualquier equipo defectuoso, actos inseguros y condiciones peligrosas al personal del programa. Además reconozco y estoy de acuerdo que yo comparto la responsabilidad por mi seguridad y la seguridad de otro(a)s participantes del programa y no participare en conductas que pongan en riesgo la seguridad de todo(a)s. **Yo entiendo que WOU o el programa de Suplentes Para el Cuidado Infantil de Oregon puede rescindir my participación en el programa en cualquier momento si WOU o el programa de Suplentes Para el Cuidado Infantil de Oregon determina, en sola discreción que yo he violado reglas del programa, fallado en cumplir con seguridad o otras instrucciones, o mis acciones o comportamiento me han puesto en peligro a mi, otro(a)s participantes, personal de programa, o el público.**

Yo entiendo que hay riesgos y peligros inherentes con mi participación en el programa incluyendo pero no limitado a, posible daño a la propiedad, lesión o muerte. Entendiendo esto a lo mejor de mi conocimiento, yo no tengo condiciones médicas, físicas, mentales o salud emocionales que puedan impedir mi participación en el programa.

Acepto, en consideración de mi participación voluntaria en el Programa CCSO, eximir de responsabilidad, liberar y liberar para siempre al Estado de Oregon, la Junta de Síndicos de la Universidad Western Oregon, Universidad Western Oregon y el Fideicomiso de Seguros y Administración de Riesgos de las Universidades Públicas (PURMIT), sus funcionarios, agentes y empleados de todos y cada uno de los reclamos y demandas que yo o cualquier tercero pueda tener en su contra debido a cualquier accidente, lesión, muerte, daño, pérdida o

Universidad de Western Oregon
Consentimiento Informado del participante,
Liberación, y Acuerdo de Indemnización
Para Proveedores y Suplentes

destrucción de propiedad que surja o resulte directa o indirectamente de mi participación en el Programa.

Además estoy de acuerdo que las provisiones de este conocimiento informado, liberación y acuerdo de indemnización son efectivos y vinculantes para mis herederos, administradores, sucesores, beneficiarios, y los sedantes redundaran en beneficio del estado de Oregon, la junta directiva de la universidad de Western Oregon, y el fideicomiso de administración de riesgos y seguros universidades públicas (PURMIT) y sus oficiales, agentes y empleado(a)s.

Yo estoy de acuerdo que este conocimiento informado, liberación y acuerdo de indemnización será interpretada de conformidad con las leyes del estado de Oregon y que ese lugar para cualquier procedimiento legal surgiendo de este acuerdo será en Oregon. Si en algún término la disposición de este acuerdo es declarada ilegal o en conflicto con alguna ley por un tribunal de jurisdicción competente, la validez de los términos restantes no será afectada.

He leído este acuerdo atentamente y entiendo que es una liberación de todos los reclamos y causas de acción por la lesión o mi muerte o daño a mi propiedad que ocurra durante participación en el programa, y me obligue a indemnizar a las partes mencionadas por cualquier responsabilidad de lesión o muerte a cualquier daño personas o daño a la propiedad causada por cualquier acto u omisión negligente o intencional.

Nombre del Suplente o Proveedor y nombre del programa (Imprimir)

Número V (suplentes) o número de licencia del programa

Firma del Suplente o Firma del Proveedor

Fecha

Nombre del personal de WOU/Programa CCSO (Imprimir)

Firma del personal de WOU/Programa de CCSO

Fecha