



CENTRO DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO

RELEVO DE RESPONSABILIDADES

(Llénese en letra de molde)

Yo, _____, mayor de edad casado(a), soltero(a), de profesión _____ y vecino (a) de _____, Puerto Rico, por la presente, de forma libre y voluntaria y con pleno conocimiento de causa, declaro y certifico: que he sido debidamente advertido e informado de riesgos inherentes, reales y potenciales, de participar en el Centro de Acondicionamiento Físico del Recinto de Ciencias Médicas, facilidades auspiciadas por el Decanato de Estudiantes; que he sido debidamente orientado (a) e informado (a) de cómo actuar y comportarme en dichas instalaciones; y que entiendo y comprendo a cabalidad los riesgos de participar en el Centro. El costo por utilizar las facilidades es un costo nominal, por lo que no envuelve un ánimo de lucro por permitir utilizar dichas facilidades.

Que en atención a dicho entendimiento y conocimiento, estipulo y acepto relevar a la Universidad de Puerto Rico, al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, al Decanato de Estudiantes y al Centro de Acondicionamiento Físico del Recinto de Ciencias Médicas, a sus empleados, agentes y contratistas de cualquier daño, lesión, condición o perjuicio ocasionado tanto a mi persona como a mi propiedad y/o aquellas personas o propiedad que se encuentran bajo mi custodia, mientras me encuentre dentro de o utilizando los servicios o instalaciones del Centro de Acondicionamiento Físico del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

En reconocimiento de lo anteriormente expresado, firmo el presente relevo, hoy día _____ de _____ de _____, en San Juan Puerto Rico.

Firma

Si es menor de 21 años y no emancipado, se requiere la firma del padre o tutor legal.

Yo, _____ por la presente autorizo a _____ a participar de las facilidades arriba mencionadas y en los términos estipulados.

Firma del padre o tutor

Fecha