

DISTRITO UNIVERSITARIO COMUNITARIO DEL CONDADO DE EL PASO FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE ACTIVIDAD

(en adelante la "Actividad")

Al firmar este formulario, represento a El Paso Community College (el "Colegio") que tengo 18 años de edad o más, que he solicitado voluntariamente participar en la Actividad y que tengo suficiente capacidad y condición mental, emocional y física para participar en la actividad. Entiendo que la Actividad puede exponerme a riesgos o peligros que pueden resultar o causar de manera cercana mi enfermedad, lesión personal o muerte y entiendo y aprecio completamente la naturaleza de tales peligros y riesgos. Además, entiendo que el Colegio no ha hecho ninguna representación o garantía con respecto a la competencia, capacitación o supervisión de cualquier operador de equipo usado en la Actividad o la calidad de la tecnología, equipo, herramientas o materiales usados para la Actividad.

En consideración por mi participación y los beneficios educativos de la Actividad, por la presente acepto todos los riesgos para mi salud, vida y propiedad que surjan de la Actividad o estén relacionados con ella. **Yo, junto con mi cónyuge, si lo hubiera, fiduciarios, agentes, representantes, herederos, albaceas, parientes más cercanos y cessionarios, por la presente libero y despido para siempre del Colegio, sus fideicomisarios, directores, administradores, funcionarios, empleados, agentes, y representantes, en sus capacidades individuales y oficiales, de todos y cada uno de los reclamos, demandas, daños, pérdidas, acciones, causas de acción o demandas por pérdida o daño a mi propiedad y por cualquier enfermedad o lesión de mi persona, incluyendo, sin limitación, mi muerte, derivada o relacionada de alguna manera con la Actividad YA SEA CAUSADA POR NEGLIGENCIA DEL COLEGIO, SUS FIDUCIARIOS, DECANOS, DIRECTORES, ADMINISTRADORES, FUNCIONARIOS, EMPLEADOS, AGENTES Y REPRESENTANTES, EN SUS CAPACIDADES INDIVIDUALES U OFICIALES.** Además, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Colegio, sus fideicomisarios, decanos, directores, administradores, funcionarios, empleados, agentes y representantes, en sus capacidades individuales y oficiales, de responsabilidad por lesiones o muerte de cualquier persona y Daño a la propiedad que pueda resultar de mi acto u omisión negligente o intencional que surja de o esté relacionado de alguna manera con la Actividad.

Reconozco que nada en este documento constituye o se interpretará como una renuncia a la inmunidad de la universidad frente a demandas y responsabilidades.

Fechado este _____ día de _____, 20 ____.

Firma del estudiante

Nombre en letra de imprenta

Identificación del Estudiante #