

Voluntario… Sea parte y al corazón de lo que hacemos!

**Renuncia Voluntaria**

1. He leído el Manual del Voluntario, incluyendo las Expectativas de Conducta Apropiada, y estoy de acuerdo con estos términos.
2. Todos los voluntarios deben reportar **síntomas** de enfermedad.

Acepto reportarme al gerente antes de ser voluntario cuando tengo:

1. Diarrea
2. Vómito
3. Ictericia (coloración amarillenta de la piel y/o los ojos)
4. Dolor de garganta con fiebre
5. Cortes o heridas infectadas, o lesiones que contienen pus en la mano, a muñeca o cualquier parte del cuerpo expuesta, como forúnculos y heridas infectadas, sin importar cuan pequeñas sean
6. Cualquier otra enfermedad potencialmente contagiosa
7. Todos los voluntarios deben reportar **enfermedades diagnosticades**.

Acepto reportarme al gerente antes de ser voluntario cuando tengo:

1. Norovirus
2. Salmonella Typhi (typhoid fever)
3. Herpes zoster
4. Hepatitis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre (en letra de imprenta clara) Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Cumpleaños (mes & día) Talla de camiseta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono # Correo electrónico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y teléfono del contacto de emergencia #

**Liberar y eximir de responsabilidad el acuerdo**

A mi leal saber y entender, estoy en buenas condiciones físicas y totalmente capaz de participar en el Mustard Seed Café and Garden en El Paso, Texas. Soy plenamente consciente de los riesgos y peligros relacionados con la participación, incluidas las lesiones físicas o incluso la muerte, y por la presente elijo participar voluntariamente, sabiendo que la actividad física asociada puede ser peligrosa para mí y mi propiedad. ASUMO VOLUNTARIAMENTE TODA LA RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER RIESGO O PÉRDIDA, DAÑO A LA PROPIEDAD O LESIONES PERSONALES, INCLUIDA LA MUERTE, que pueda sufrir, o pérdida o daño a la propiedad de mi propiedad, como resultado de mi participación.

POR LA PRESENTE LIBERO, RENUNCIO, DESCARGO Y ME COMPROMETO A NO DEMANDAR, al Mustard Seed Café and Garden, a la Junta Directiva del Mustard Seed Café, a sus funcionarios, sirvientes, agentes y empleados (en lo sucesivo denominados LIBERADOS) de toda responsabilidad, reclamo, demanda, acción y causa de acción que surja o esté relacionada con cualquier pérdida, daños o lesiones, incluida la muerte, que puedan ser sufridos por mí, o por cualquier propiedad que me pertenezca, mientras participo, o mientras estoy dentro o sobre las instalaciones.

Es mi intención expresa que este Acuerdo de Liberación y Exención de Responsabilidad vinculará a los miembros de mi familia y cónyuge, si estoy vivo, y a mis herederos, cesionarios y representante personal, si he fallecido, y se considerará como una LIBERACIÓN, RENUNCIA, DESCARGA y PACTO DE NO DEMANDAR a los EXONERADOS mencionados anteriormente. Por la presente acepto además que este Acuerdo de Liberación y Exención de Responsabilidad se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Texas.

Al firmar este comunicado, reconozco y declaro que HE LEÍDO EL ACUERDO ANTERIOR DE LIBERACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD, LO ENTIENDO Y LO FIRMO VOLUNTARIAMENTE como mi propio acto y obra libre; no se han hecho representaciones orales, declaraciones o incentivos, aparte de los acuerdos escritos anteriores; y EJECUTO ESTE COMUNICADO PARA UNA CONSIDERACIÓN COMPLETA, ADECUADA Y COMPLETA, CON LA INTENCIÓN DE ESTAR OBLIGADO POR EL CAFÉ DE SEMILLAS DE MOSTAZA.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escriba el nombre ***con letra de imprenta clara***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha

**Formulario de Consentimiento y Autorización Fotográfica**

Por la presente doy mi consentimiento y acepto que (Mustard Seed Cafe y sus representantes) tiene el derecho de tomar o usar fotografías y videoclips de yo y/o mi propiedad y usarlos en todos y cada uno de los medios de comunicación en todo el mundo, incluidos en línea, ahora o

en lo sucesivo y para cualquier propósito.

Por la presente cedo al Fotógrafo todos los derechos para exhibir o publicar este trabajo en forma impresa y formato electrónico público o privado y comercializar ejemplares. Renuncio a cualquier derecho, reclamación o interés que pueda puede tener que controlar el uso de mi imagen en las fotografías y aceptar que cualquier uso descrito en este documento puede hacerse sin compensación o consideración adicional de mi parte.

Además, renuncio a todos y cada uno de los derechos de revisar o aprobar cualquier uso de las imágenes, cualquier copia escrita, o producto terminado.

Declaro que tengo al menos 18 años de edad, he leído y entiendo lo anterior y soy competente para ejecutar este acuerdo.

Nombre impreso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre/tutor (si es menor de 18 años):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_