***Curso OBA “Formación de binomios caninos para búsqueda y localización de personas vivas, nivel I”.***

***Quito, Ecuador.***

***15 de mayo al 20 de mayo de 2022.***

**Ficha de Inscripción**

Miembro Activo OBA:

Nombre y Apellido del participante:

Domicilio:

Pasaporte Nº: Fecha de Nacimiento:

Teléfono móvil: Correo electrónico:

Institución a la que pertenece:

Cargo:

Declaración de exoneración

Yo, el abajo firmante, en calidad de participante del Curso OBA de referencia a efectuarse en las fechas arriba descritas, hago constar que estoy plenamente consciente de los riesgos y peligros a los que estoy expuesto durante el curso y la pasantía, los cuáles pudieran causarme un accidente menor o mayor a mi persona o a otros. Entiendo que Organización Bomberos Americanos, instructores y personal de apoyo del curso han tomado todas las medidas posibles y prudentes a objeto de evitar que se produzca un accidente durante el desarrollo del curso. Me comprometo a cumplir todas y cada una de las normas de seguridad que me han sido entregadas y/o explicadas antes y durante el curso, y a velar por la integridad y seguridad de los demás participantes. Sobre la base de lo expuesto, y en caso de ocurrir algún accidente que pudiese causarme lesiones o enfermedades durante o después del curso, por medio de la presente dejo constancia que exonero de toda responsabilidad legal, penal y judicial a Organización Bomberos Americanos, instructores y personal de apoyo del curso.

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

*Firma del participante*  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Aclaración*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Certificación de salud del participante

*Para dar constancia del estado de salud del participante para realizar el Curso OBA de referencia, se podrá completar el siguiente modelo o adjuntar un certificado propio. En ambos casos debe ser firmado por un* ***MÉDICO MATRICULADO***

Por medio de la presente, certifico que el Sr./Srta.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pasaporte Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

perteneciente a la institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

se encuentra físicamente apto/apta para participar en el Curso OBA de referencia a realizarse en los días señalados.

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

*Firma y sello del Médico*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Fecha*