

**Departamento de Policía de Aurora
Academia de Adolescentes Ciudadanos**

Junio 3- 14, 2019

Julio 8 – 19, 2019

Academia de Policía para Adolescentes Ciudadanos 2019

RENUNCIA, EXONERACION, E INDEMNIZACION

La ACADEMIA DE POLICIA PARA ADOLESCENTES CIUDADANOS es dirigida por El Departamento de Policía de Aurora. La Academia de Policía para Adolescentes Ciudadanos muestra a los participantes los aspectos principales de las operaciones del Departamento de Policía de Aurora. Las clases se llevan a cabo en el Departamento de Policía Aurora y otros sitios. En consideración al privilegio y los beneficios que se derivan al participar en la Academia de Adolescentes Ciudadanos del Departamento de Policía de Aurora, el jefe de la policía exige que todos los participantes en él ejecuten esta renuncia, exoneración e indemnización.

La participación en la Academia de Policía para Adolescentes Ciudadanos puede involucrar actividades físicas tales como, pero no limitadas a, levantar, caminar, subir a vehículos, y descargar armas de fuego. Los riesgos asociados pueden incluir, entre otros, caídas, interacción con otros participantes, efectos del clima, las condiciones físicas de las instalaciones, características y equipos que se encuentran en ellas, los riesgos inherentes al estar cerca de descarga de armas de fuego, y utilización de equipo y armamento utilizados por el personal de policía.

Entiendo que existe el riesgo de lesión debido a la participación en las actividades de la Academia de Policía Ciudadana para Adolescentes, incluyendo cualquier transporte proporcionado hacia, desde, y entre estas actividades. Yo represento y garantizo que soy físicamente apto y capaz de participar en tales actividades, y estoy de acuerdo en detenerme y solicitar ayuda si siento algún síntoma u otras condiciones que lo haría difícil o riesgoso continuar; adicionalmente, comprendo que solamente yo soy responsable de mi propia salud y mi seguridad. Entiendo que el privilegio de participar en la Academia de Policía para Ciudadanos Adolescentes será gobernado por el jefe de policía (incluyendo a oficiales del Departamento de Policía de Aurora, funcionarios, representantes y empleados) y cumpliré y seguiré todas y cada una de las instrucciones dadas por el personal de la Policía de Aurora.

YO, A SABIENDAS Y VOLUNTARIAMENTE, ASUMO TODOS LOS RIESGOS, CONOCIDOS Y DESCONOCIDOS, AUNQUE SURJAN DE LA NEGLIGENCIA DE AQUELLAS PERSONAS EXONERADAS DE RESPONSABILIDAD (a continuación), Y ASUMO COMPLETA RESPONSABILIDAD DE MI PARTICIPACION.

Yo, por mí mismo, y en nombre de mis herederos POR LA PRESENTE EXONERO Y LIBERO DE RESPONSABILIDAD AL DEPARTAMENTO DE POLICIA DE AURORA, LA CIUDAD DE AURORA, SUS OFICIALES, FUNCIONARIOS, AGENTES Y/O EMPLEADOS U OTRAS INSTALACIONES Y FACILIDADES UTILIZADAS POR EL JEFE DE POLICÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA DE POLICIA PARA CIUDADANOS ADOLESCENTES, (Exoneraciones), con respecto a cualquier lesión, incapacidad, muerte, pérdida o daño a persona o bienes, YA SEA CAUSADA POR LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS O DE OTRA MANERA, excepto aquella que sea resultado de una negligencia grave y/o mala conducta no justificada.

HE LEIDO ESTA EXONERACION DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCION DEL ACUERDO DE RIESGO, ENTENDIENDO COMPLETAMENTE SUS TERMINOS, ENTENDIENDO QUE HE CEDIDO DERECHOS SUBSTANCIALES AL FIRMAR, Y FIRMO LIBREMENTE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGUNA INDUCCION.

Nombre del Participante de la Academia (con letra): _____

Firma del Participante de la Academia: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de Padre/Guardián: _____

ID/ Licencia de Padre/Guardián: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

**Departamento de Policía de Aurora
Academia de Adolescentes Ciudadanos**

Junio 3- 14, 2019

Julio 8 – 19, 2019

2019 SOLICITUD

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO CELULAR: _____

PREFIERO SER CONTACTADO POR: (Trace un círculo alrededor de uno.) TELEFONO DE CASA, CELULAR, TEXTO, O CORREO ELECTRONICO

RAZA: _____ SEXO: _____ # SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESCUELA QUE ASISTE: _____ PROXIMO GRADO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

LISTE CUALQUIER LIMITACION FISICA QUE EL PERSONAL DE LA ACADEMIA NECESITA SABER:

ALERGIAS A COMIDA: _____

¿COMO SUPO DE LA ACADEMIA DE ADOLESCENTES? ¿POR QUE DESEA ASISTIR?

¿ALGUNA VEZ HA SIDO ARRESTADO O CONDENADO POR UN DELITO? SI ___ NO ___ Si marcó sí, explique:

POR MI FIRMA ABAJO, AFIRMO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES UNA REPRESENTACION VERDADERA Y EXACTA. ENTIENDO QUE TODA LA INFORMACION SE REQUIERE PARA QUE EL DEPARTAMENTO DE POLICIA DE AURORA REALICE UNA INVESTIGACION DE MIS ANTECEDENTES.

FIRMA: _____

NOMBRE DE GUARDIAN: _____

FIRMA DE GUARDIAN: _____

La solicitud puede ser mandada por correo, correo electrónico, o entregada a:

Ruth Brassell, Administrative Specialist
Professional Standards Section
15001 E. Alameda Pkwy.; Aurora, CO 80012
303-739-6350, rbrassel@auroragov.org

Yo asistiré en:
6/3 – 6/14 or 7/8-7/19
la mañana ____
la tarde ____
cualquiera ____

Tamaño de playera: S M L XL 2XL