



FORMULARIO DE INDEMNIZACIÓN

Yo, _____, mujer / varón, mayor de edad, de nacionalidad _____ y número de identidad personal _____, actuado en mi propio nombre y representación, por este medio libero y eximo total y completamente, de forma definitiva y para siempre al BANCO DE ALIMENTOS PANAMÁ así como a sus subsidiarias, afiliadas, y sus respectivos directores, dignatarios, accionistas, administradores, empleados y voluntarios de todos y cualesquiera reclamos, quejas, sanciones, multas, demandas, acciones civiles o penales e indemnizaciones de cualquier naturaleza, que surjan o puedan surgir y se interpongan directa o indirectamente por razón de la acción u omisión en el desempeño de mis deberes asignados como voluntario/a del BANCO DE ALIMENTOS PANAMÁ.

Entiendo que el voluntariado en el BANCO DE ALIMENTOS PANAMÁ implica trabajar en bodegas y puede incluir, pero no se limita a, levantar cajas y productos, trabajar alrededor de equipo pesado y manejar productos alimenticios incluyendo productos que contienen maní y nueces. Por la presente acepto y asumo toda la responsabilidad por cualquier lesión que pueda sufrir mientras soy voluntario/a en el BANCO DE ALIMENTOS PANAMÁ.

Declaro, por este medio que soy mayor de edad y que conozco el reglamento de seguridad para el acceso y trabajo en las bodegas, el cual me comprometo por este medio a cumplir. Declaro igualmente que estoy consciente que debo utilizar zapatillas, botas o zapatos cerrados y no debo llevar prendas ya que corren el riesgo de extraviarse. El BANCO DE ALIMENTOS PANAMÁ no se hace responsable por objetos perdidos.

Declaro que el BANCO DE ALIMENTOS PANAMÁ tiene mi permiso irrevocable para utilizar mi imagen, nombre, fotografía o video para publicidad del BANCO DE ALIMENTOS PANAMÁ y sus actividades.

Reconozco que esta renuncia y liberación está siendo firmada por mí voluntariamente, sin coerción, coacción, o influencia indebida y con pleno conocimiento de sus términos y efectos. He leído la renuncia y liberación de responsabilidad y entiendo su contenido.

Firma y Doc. de Identidad Personal

Fecha