



DESCARGO DE RESPONSABILIDAD TECH CAMP POLITÉCNICO

Este documento lo deben llenar todos los representantes legales que deciden voluntariamente que sus representados sean participantes en el Tech Camp Politécnico de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, que se llevará a cabo en el mes de julio de 2023 en el Campus Cumbayá de la USFQ de 09h30 a 16h00.

Yo, _____, con número de cédula _____ como representante legal de _____, con número de cédula _____, declaro que conozco, entiendo y acepto los siguientes términos y condiciones para que mi representado forme parte del grupo de personas que participará en el Tech Camp Politécnico de la Universidad San Francisco de Quito USFQ.

- Entiendo y acepto que por concepto de la participación en el referido programa deberé pagar a la Universidad San Francisco de Quito USFQ el valor de USD 250.00 (doscientos cincuenta dólares de los Estados Unidos de América 00/100), que deberán ser cancelados a su totalidad antes del inicio del programa. Comprendo que este valor incluye exclusivamente lo siguiente:
 - Uso de las instalaciones, laboratorios y materiales del Campus Cumbayá de la USFQ.
 - Refrigerio y almuerzo diario, por la duración del programa.
 - Certificado de participación para aquellos participantes que asistan todos los días del programa.
- Estoy consciente de que solo se hará la devolución del valor pagado por el programa, hasta quince (15) días antes de la primera fecha en que se ofrece el programa en julio 2023, sin excepciones.
- Comprendo que la Universidad San Francisco de Quito USFQ no contratará seguro alguno que cubra ninguna eventualidad de mi representado por el tiempo de duración del programa. En caso de que mi representado sufra algún accidente, eventualidad y/o enfermedad, acepto que este sea trasladado al servicio de salud más cercano y que la USFQ siga sus protocolos internos al respecto, por la seguridad de mi representado y que cubriré todos los costos correspondientes. En caso de que mi representado sufra cualquier accidente, eventualidad y/o enfermedad autorizo que la USFQ contacte a la siguiente persona:
 - Nombre:
 - Relación/Parentesco:
 - Teléfono:
 - Dirección:

Entiendo que los datos personales aquí declarados serán utilizados exclusivamente para asegurar la salud y bienestar de mi representado.

- Comprendo y acepto que si por cualquier causa derivada de fuerza mayor, mi representado no pudiere asistir al Tech Camp Politécnico de la USFQ, no haré responsable a la Universidad San Francisco de Quito USFQ. En caso que, por motivos de fuerza mayor, calamidad doméstica, enfermedad grave, o cualquier otra situación deba cancelar la participación de mi representado, deberé notificar inmediatamente a la USFQ. La USFQ no será responsable por los efectos financieros ni académicos que esta situación cause.
- Mi representado se compromete a mantener un comportamiento correcto y adecuado en concordancia con el Código de Honor y Convivencia de la USFQ durante su participación en el Tech Camp Politécnico, de no ser el caso, mi representado será removido inmediatamente del programa, sin derecho a devolución alguna. Entiendo que soy responsable y asumiré todos los riesgos causados por el comportamiento y conducta de mi representado, sobre todo en cuanto a salidas no autorizadas del campus Cumbayá. Entiendo y reconozco que la USFQ no asumirá ninguna responsabilidad u obligación por las pérdidas, daños, injurias o muertes que resultaren del comportamiento de mi representado.
- Entiendo que mi representado deberá colaborar con la USFQ en la evaluación del programa a la conclusión del mismo.

Declaro que la participación de mi representado es voluntaria y tengo pleno conocimiento de las condiciones y riesgos expuestos en este documento. Al enviar este formulario desde mi correo electrónico personal, declaro que este mensaje de datos tiene igual valor jurídico que los documentos escritos.

Firma

Nombre del representante legal:

Cédula: