***Curso OBA de Operaciones contra Incendios en Edificios Altos***

***Ciudad de Guayaquil, República del Ecuador***

***11, 12, 13, 14, 15 y 16 de septiembre de 2016***

**Ficha de Inscripción**

1. **Datos del participante**

Nombre y Apellido:

Domicilio Postal:

Estado y Ciudad:

Número de Pasaporte:

Fecha de Vencimiento del Pasaporte (dd/mm/aaaa):

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Institución a la que pertenece:

Cargo:

1. **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, 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 (Nombre y Apellido)*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*Fecha*

1. **Certificado de salud**

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

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

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

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

se encuentra físicamente y psíquicamente apto/apta para participar en el ***Curso OBA de Operaciones contra Incendios en Edificios Altos***  a realizarse en ***Ciudad de Guayaquil, República del Ecuador***, los días ***12, 13, 14, 15 y 16 de Septiembre de 2016***.

Si tiene alguna condición médica o de alimentación que requiere atención por favor notifíquelo aquí:**……………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………….**

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

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