ACEPTACION DE RIESGO – DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

DECLARACIÓN JURADA

El/la que suscribe ……... DNI: …… ……Nacionalidad: ……..……por medio de la presente dejo expresa constancia que en pleno uso de mis facultades mentales y en ejercicio de pleno de mi capacidad intelectual, por la presente "deslindo a la Cooperativa de Agua Potable, Otros Servicios Públicos y Vivienda De Villa Nueva Limitada, (CAPYCLO), sus autoridades, empleados y a quien correspondiere, como personas jurídicas de carácter privado, así también a todas sus dependencias, de todo tipo de RESPONSABILIDAD CIVIL contractual y/o extracontractual, que pudiera derivarse de cualquier infortunio, accidente y/o enfermedad que pudieran recaer sobre mi integridad física y/o psíquica, o bienes en ocasión del ingreso, permanencia y egreso en el predio e instalaciones donde efectivamente funciona y se desarrolla el Programa Socio Económico de Saneamiento Urbano (Planta de tratamientos de efluentes cloacales) PROSESUR". Asimismo, asumo en forma personal y me obligo expresamente al pago de los costos y gastos que deba afrontar la CAPYCLO por cualquier vicisitud surgida a raíz de mi presencia en el lugar indicado, ya sean estos por traslado sanitario en cualquier medio de transporte, gastos médicos, de asistencia e internación, haberes de colaboradores y gastos por uso o pérdida en equipos. Por último, declaro bajo juramento que: conozco la legislación vigente en relación a las Plantas de Tratamientos de Efluentes Cloacales, sus reglamentaciones y disposiciones locales en la materia; y soy consciente de los riesgos y dificultades, que implica la realización de cualquier actividad dentro del predio del PROSESUR. Por ello asumo personalmente bajo mi única y absoluta responsabilidad todos los riesgos que mi presencia en el predio implica para mi persona, para terceros y para las personas y bienes a mi cargo. A todos los efectos legales declarados, firmo de conformidad en la ciudad de Villa Nueva, Provincia de Córdoba, Rep. Argentina, a ……días del mes de…….de ……-

Firma:

Aclaración:

DNI: