



Academia de Directores Médicos de Puerto Rico
Puerto Rico Youth Health Careers Program
Programa de Mentoría



Acuerdo del Mentor

Entiendo y estoy de acuerdo que yo seré la persona que va a estar pasando tiempo con el estudiante participante del Programa de Mentoría. Entiendo que debo ejercer cuidado en la supervisión del estudiante mientras nos comunicamos a través de Facebook y debo mantener el control de las actividades que se llevarán a cabo. Por ende estoy de acuerdo que la Academia de Directores Médicos de Puerto Rico, no será responsable y relevo de responsabilidad, causas de acción, o cualquier pérdida incurrida relacionadas o que puedan surgir de este acuerdo de mentoría, incluyendo pero no limitándose a responsabilidad por daños corporales, si la responsabilidad, causa de acción o perdida es causada por mi negligencia, o la negligencia de la Academia de Directores Médicos de Puerto Rico. Adicionalmente, relevo a la Academia de Directores Médicos de Puerto Rico de cualquier y todo reclamo de responsabilidad, demandas, acciones, o causas de acciones que surjan de cualquier daño, perdida o lesión que pueda incurrir mientras participe en cualquiera de las actividades contempladas por este acuerdo de mentoría, si tal daño, perdida o lesión sea causada por la Academia de Directores Médicos de Puerto Rico. Entiendo que voy a dar mi información de contacto que incluye, nombre, dirección y número telefónico con el propósito de coordinar actividades entre tutores y estudiantes, a menos que se especifique lo contrario por mí. Al firmar abajo yo estoy declarando que toda la información que he brindado es verdadera, según entiendo.

Escriba su nombre completo en letra de molde

Fecha

Firma