



**FORMULARIO PARA VOLUNTARIOS SUSAN G. KOMEN FOR THE CURE  
FILIAL DE PUERTO RICO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Res: \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Horario disponibilidad: \_\_\_\_\_

Disponible durante el año para:

Ferías de Salud \_\_\_\_\_ Eventos Especiales \_\_\_\_\_ Ayuda en Oficina \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**Soy sobreviviente de cáncer de seno y me gustaría participar en eventos de sobrevivientes: Si \_\_\_ No \_\_\_**

**INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna condición de salud que debemos saber?

Destrezas / Intereses



The Susan G. Komen for the Cure  
Affiliate Volunteer Form  
Puerto Rico Affiliate

Deseo formar parte del grupo de voluntarios(as) de The Susan G. Komen for the Cure, Filial de Puerto Rico. Entiendo que la naturaleza de las actividades en que participen en carácter de voluntario puede envolver actividades físicas, contacto con personas conocidas y/o desconocidas, o riesgo potencial de sufrir daño personal o a la propiedad. Teniendo esto en mente y en consideración de haber sido aceptado como parte de este grupo de voluntarios(as), ASUMO TOTAL Y COMPLETA RESPONSABILIDAD POR CUALQUIER DAÑO PERSONAL A LA PROPIEDAD QUE SURJA O CAUSE DURANTE MI PARTICIPACION COMO VOLUNTARIO(A). EN ADICION RELEVO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD DE DAÑO Y DEMANDA A LA FILIAL DE PUERTO RICO "SUSAN G. KOMEN FOR THE CURE, INC." (ORGANIZACIÓN) Y A CUALQUIERA DE SUS EMPLEADOS. VOLUNTARIOS, SOCIOS, SUCESORES DE CUALQUIER O TODA PERDIDA, RESPONSABILIDAD O RECLAMACION QUE YO PUDIERA TENER UNA VEZ TERMINE MI SERVICIO COMO VOLUNTARIO.

Yo me comprometo a no divulgar información confidencial sobre la filial Susan G. Komen for the Cure en Puerto Rico ni de la Organización misma. Acuerdo mantener confidencialidad en todo aquello que esté rotulado como "**CONFIDENCIAL**" al igual que cualquier otra información de prácticas internas, operación de trabajo, información personal y cualquier otra información que no sea autorizada a ser divulgada por la filial de Komen en Puerto Rico o de la Organización. No utilizaré ninguna información de la Organización o de sus afiliadas.

Nombre de Voluntario(a) \_\_\_\_\_

Firma de Voluntario(a) \_\_\_\_\_

Firma de padre o tutor \_\_\_\_\_  
(de ser menor de 18 años)

Fecha \_\_\_\_\_