

## DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO, FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

NOMBRE: \_\_\_\_\_

ACTIVIDAD/GRUPO: \_\_\_\_\_

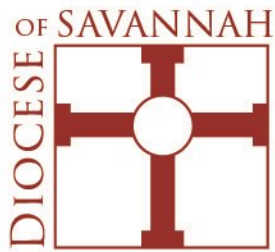
COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial y es extremadamente contagioso. Como resultado, para reanudar las actividades, se ha establecido el distanciamiento social y otras medidas de seguridad esenciales para el Grupo y / o Actividad nombrada anteriormente ("Actividad"). Se han implementado medidas preventivas razonables junto con estándares de comportamiento en un esfuerzo por reducir la propagación de COVID-19. Incluso con la implementación de protocolos de seguridad, la Actividad y la Diócesis de Savannah no pueden garantizar que no se infecte con COVID-19 y la asistencia y / o participación en la Actividad podría aumentar su riesgo de contraer COVID-19.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y que puedo estar expuesto o infectado por COVID-19 al asistir y / o trabajar en y / o participar en la Actividad, y que dicha exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de quedar expuesto o infectado por COVID-19 en la Actividad puede ser el resultado de las acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, entre otros, empleados diocesanos, voluntarios, participantes y sus familias.

Además, acepto liberar, defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a la parroquia de la actividad, las Parroquias de la Diócesis de Savannah y la Diócesis Católica de Savannah, Georgia, y sus sacerdotes, obispos, miembros, directores, oficiales, empleados, abogados, agentes y representantes. ("Indemnizados") que surjan de o en conexión con cualquier presunto acto u omisión negligente de los Indemnizados, de todos y cada uno de los reclamos y causas de acción de cualquier manera relacionada con la asistencia o el trabajo en la Actividad, incluidos, entre otros, cualquier reclamo de exposición negligente.

Al hacer esta Declaración, afirmo que he leído las siguientes preguntas:

1. ¿Ha tenido fiebre según lo definido por el Departamento de Salud de Georgia durante las últimas 24 horas?
2. ¿Ha tenido una tos nueva o inesperada durante los últimos 7 días?
3. ¿Ha presentado alguno de los síntomas publicados por el Departamento de Salud de Georgia como consistentes con un diagnóstico de COVID-19?
4. ¿Ha estado cerca de alguien que haya presentado estos síntomas en los últimos 14 días?
5. ¿Vive con alguien que ha estado enfermo, ha presentado síntomas de COVID-19 o está actualmente en cuarentena por exposición a COVID-19?



6. ¿Ha viajado a algún lugar reconocido por tener un alto nivel de casos de COVID-19, también conocido como "punto caliente" en los últimos 14 días?

Al hacer esta Declaración, afirmo que he leído las preguntas anteriores y afirmo que mi respuesta es "No" a cada una de ellas. Entiendo que si mi respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es "Sí", no se me permite asistir a la Actividad.

Además, entiendo que, en caso de que contraiga COVID-19 o quede expuesto a alguien con COVID-19, tendré que ponerme en cuarentena según lo indiquen los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades ("CDC").

Si tiene un sistema inmunitario débil (inmunocomprometido) debido a una condición de salud o medicamento, es posible que sea necesario tomar precauciones adicionales. Las personas con afecciones que debilitan su sistema inmunitario pueden necesitar quedarse en casa más de 10 días. Le recomendamos que se comunique con su doctor personal para obtener más información. Si hay pruebas disponibles, usted puede ser recomendado por un proveedor de atención médica.

Entiendo que cualquier persona que tenga contacto cercano con alguien con COVID-19 no puede participar en la Actividad durante 14 días después de la exposición, según la orientación disponible de los CDC.

Entiendo y autorizo a la Actividad y / o Diócesis de Savannah a hacer cumplir estas u otras medidas y directivas razonables que el Obispo de la Diócesis de Savannah, Georgia, considere necesarias.

Al firmar esta Declaración, entiendo y acepto los términos y condiciones expuestos anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_