



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE CAPISTRANO**  
**33122 Valle Road**  
**San Juan Capistrano, California 92675**  
**División Administrativa**

**FORMULARIO DE PERMISO PARA EMPLEADOS O VOLUNTARIOS PARA EL USO DE AUTOMÓVIL PERSONAL**

Todos los conductores voluntarios deben tener al menos 25 años de edad y deben estar autorizados como Voluntarios de Nivel I (consulte la información sobre voluntarios ubicada en la página de internet de CUSD bajo Comunidad "Community").

Yo, (nombre completo) \_\_\_\_\_ acepto transportar a personas vinculadas con la excursión identificada a continuación. De acuerdo a las disposiciones de la Sección 35330 del Código de Educación, por medio de la presente, libero al Estado de California, al Distrito Escolar Unificado de Capistrano, sus oficiales, agentes y empleados de toda responsabilidad u obligación por lesiones, accidentes, enfermedades o muerte que pudiera ser el resultado de mi participación en la excursión identificada a continuación. Por medio de la presente, exonero al Estado de California, al Distrito Escolar Unificado de Capistrano, sus oficiales, agentes y empleados de cualquier reclamo en su contra por lesión, accidente, enfermedad o muerte durante o como resultado de mi participación en la excursión señalada a continuación.

Excursión o Destino: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marca, modelo y año del auto: \_\_\_\_\_ Número de placa: \_\_\_\_\_

Número de la Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros (agente local, nombre de la empresa e información de contacto):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

<u>Límites de seguro requeridos</u>	Lesiones físicas	\$ 100,000/\$300,000 por accidente
	Daño a la propiedad	\$ 25,000 por accidente
	Motoristas sin seguro o seguro insuficiente	\$ 30,000 por accidente

Por medio de la presente, reconozco que el seguro del automóvil que utilizaré para transportar a los estudiantes cumple o está por encima de los límites de seguro mencionados anteriormente.

Certifico que la información anterior es correcta y que la cobertura del seguro está vigente. Entiendo que debo tener una cobertura de seguro de responsabilidad civil vigente y que mi automóvil está en buenas condiciones mecánicas. Además, certifico que todos los pasajeros usarán los cinturones de seguridad individuales mientras mi vehículo está en movimiento. Si es necesario, autorizo a que el Distrito obtenga mi historial de manejo del Departamento de Vehículos Motorizados de California (DMV), y le informaré al Distrito de cualquier cambio en mi historial o la validez de mi licencia de conducir.

Además, entiendo que mi póliza de seguro de responsabilidad tiene prioridad y que la póliza de responsabilidad del distrito entrará en efecto únicamente en caso que los límites de mi póliza sean excedidos. El distrito no cubre ni es responsable por la cobertura integral y de colisión de mi automóvil.

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del propietario del automóvil: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del conductor (si es diferente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

POR FAVOR ADJUNTE UNA COPIA DE SU PÓLIZA ACTUAL, INCLUYENDO LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LA COBERTURA

**FOR SCHOOL USE ONLY:**

School Name	Administrator's Signature
	_____
<b>***KEEP ONE COPY AT THE SCHOOL SITE. SEND ONE COPY TO THE CUSD INSURANCE DEPARTMENT.</b>	