

Este formulario se le entregará para que lo firme en la auditoría, evaluación o inspección final, según corresponda.



Formulario de acuerdo de exención de responsabilidad

Nombre del Cliente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono 1 (____) _____ - _____ Teléfono 2 (____) _____ - _____

El cliente solicita las siguientes adaptaciones de salud y seguridad:

- A/I usa una mascarilla de un solo uso mientras está en interiores.
- A/I usa guantes desechables mientras está en la propiedad.
- A/I limpio cualquier superficie tocada sin guantes en el interior con toallitas desinfectantes
- A/I usa botines en el interior.
- A/I mantiene al menos 6 pies de distancia en todo momento mientras está en el interior.
- A/I No le doy la mano.
- A/I _____
- El cliente no solicita que SLC A/I tome ninguna de las adaptaciones de salud y seguridad antes mencionadas.

Grabado por el personal de SLC: _____ Fecha: _____

ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Yo, el Cliente mencionado a continuación, por la presente libero y me comprometo a eximir de responsabilidad al Centro de Vida Sostenible, el Programa de Energía de la Universidad Estatal de Washington, el Departamento de Comercio del Estado de Washington, sus agentes o empleados, de y contra cualquier responsabilidad y todos los reclamos por lesiones o daños a personas o propiedad, de cualquier tipo o carácter en relación con la auditoría, evaluación o inspección, o cualquier acto o eventualidad que surja de este trabajo, realizado por el SLC y cualquier empresa/individuos contratados por el SLC para auditar, evaluar o inspeccionar mi propiedad mencionada anteriormente.

CERTIFICACIÓN DEL CLIENTE: Al firmar e imprimir mi nombre a continuación con la fecha de hoy, yo, el cliente nombrado a continuación, acepto otorgar permiso al SLC para realizar una HEA//FI en mi propiedad mencionada anteriormente. Certifico que acepto TODOS los términos y condiciones establecidos en este formulario de acuerdo de exención de responsabilidad.

Firma del cliente

Fecha: _____

Nombre del cliente (POR FAVOR IMPRIMIR)

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE: _____

FOR SLC STAFF USE ONLY

HEA Date: _____ Completed By: _____

FI Date: _____ Completed By: _____