



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
Secretaría Auxiliar de Servicios Auxiliares

VB: PARA USO DE LA ORE Y DEL NIVEL CENTRAL

Número de Registro: _____
Nombre: _____
Posición: _____
Fecha de aprobación: _____
Firma superintendente: _____

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PÚBLICA PARA ACTIVIDADES EDUCATIVAS

Nombre de la escuela, oficina o dependencia del Departamento de Educación

Número de código

Número de teléfono

Correo electrónico

Nombre de la persona que coordina la actividad

Posición

Número de teléfono

Correo electrónico

Fecha de la actividad

Lugar

Tipo de Actividad: Actividad Educativa Graduación Reunión Taller
 Actividad deportiva Adiestramiento Práctica Otro: _____

Breve descripción de la actividad

Nombre de la entidad, localidad o municipio a la cual pertenece la instalación y a la que va dirigida la certificación

Dirección física o postal completa con el código postal del lugar donde se realizará la actividad o práctica

SI NO _____

Indique si hay que incluir un asegurado adicional (municipio); *Hold Harmless Agreement*

Endosos especiales: (X) *Additional Insured* (X) *Hold Harmless Agreement* (X) *30 Days Cancellation Clause*

Firma del director de la escuela

Fecha de solicitud

SELLO

*****Nota Importante:** Esta solicitud debe estar autorizada y firmada por el superintendente regional de la oficina regional educativa (ORE), por el superintendente de escuelas o por el superintendente auxiliar designado.

