****

****

**SOLICITUD Y RESPONSABILIDAD**

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I.-

TFNO.-

CORREO ELECTRÓNICO.-

PLANTILLA POLICÍA LOCAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CATEGORÍA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por el presente documento declaro que me encuentro en perfecto estado físico y mental y que no tengo razón o motivo alguno para no estarlo.

Así mismo, declaro que estoy en posesión de Seguridad Social y/o Seguro Privado, así como totalmente enterado/a y acepto el riesgo inherente que pudiera llevar la participación en este curso de **DEFENSA PERSONAL POLICIAL**, en el que participo.

Por lo tanto, exonero y descargo de toda responsabilidad al personal docente de este curso, así como a la organización del mismo, salvo que actúen con imprudencia o negligencia manifiesta.

En \_, a de de 201 .

FIRMA:

Interesados enviar **SOLICITUD** a spl-clm@spl-clm.es o fax 967 618916 antes del 08 de Mayo. Plazas limitadas.

*Los gastos de desplazamiento, alojamiento y manutención serán a cargo de los propios alumnos.*