

# PLANO VISÃO DE FUTURO

Inscrição de Participante de Equipe de Formação Profissional  
Financiada por Subsídio Global



## DADOS DO PARTICIPANTE

Líder da equipe:  Membro da equipe:

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Rotariano Sim  Não  Em caso afirmativo, indique o nº de associado: \_\_\_\_\_

Sexo: Masc.  Fem.

Endereço: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Telefone secundário: \_\_\_\_\_

País de nacionalidade: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DE CONTATO PARA EMERGÊNCIAS

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Relação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Telefone secundário: \_\_\_\_\_

Seguradora de viagem    Nome: \_\_\_\_\_  
Número da apólice: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### EXPERIÊNCIA

Envio uma cópia eletrônica do meu currículo com esta inscrição

### ÁREA DE ENFOQUE E METAS

Com qual(is) área(s) de enfoque o programa de formação profissional está relacionado?

- |                                                                 |                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paz e prevenção/resolução de conflitos | <input type="checkbox"/> Saúde materno-infantil                  |
| <input type="checkbox"/> Prevenção e tratamento de doenças      | <input type="checkbox"/> Educação básica e alfabetização         |
| <input type="checkbox"/> Recursos hídricos e saneamento         | <input type="checkbox"/> Desenvolvimento econômico e comunitário |

Como sua experiência acadêmica e/ou profissional está relacionada à(s) área(s) de enfoque do programa da equipe?

Quais são suas metas para este treinamento?

### IDIOMAS

Liste os idiomas que fala (incluindo sua língua materna) e nível de proficiência.

Idioma	Proficiência

## ACORDO

Como membro de equipe de formação profissional financiada por subsídio global da Fundação Rotária, concordo com as seguintes condições. Eu:

1. Atesto que revisei o itinerário de viagem e treinamento ligado a este programa.
2. Atesto que terei participação ativa nas atividades de formação profissional e trabalharei com minha equipe de maneira coesa, a fim de assegurar o sucesso do programa.
3. Atesto que participarei de todas as sessões de orientação pré-partida, incluindo qualquer treinamento cultural e de idiomas, para que saiba sobre o(s) país(es) a ser visitado(s) e esteja ciente da missão, objetivos, metas e ideais do Rotary
4. Providenciarei para a duração da viagem, seguro médico e contra acidentes que inclua os seguintes limites *mínimos* de cobertura:
  - US\$250.000 ou equivalente para atendimento médico e hospitalização, inclusive gastos com doença e acidente, internação e afins
  - US\$50.000 ou equivalente para transporte médico de emergência
  - US\$10.000 ou equivalente para morte acidental ou invalidez
  - US\$20.000 ou equivalente para repatriação de restos mortais

Estou ciente de que a cobertura deve ter validade nos países visitados pela equipe, desde a data de partida até a data final da viagem.

**Quando solicitado, fornecerei aos clubes/distritos patrocinadores local e internacional, e à Fundação Rotária (TRF) uma apólice de seguro que comprove as coberturas exigidas.**

Estou ciente de que a cobertura de seguro exigida pelo Rotary International/Fundação Rotária não representa necessariamente o nível de cobertura mais apropriado à minha proteção. Devo consultar um profissional da área de seguros para determinar quais coberturas e limites serão adequados para me dar cobertura na(s) área(s) visitada(s).

5. Estou ciente de que o RI/TRF não oferece nenhum tipo de seguro aos membros da equipe de formação profissional.
6. Concordo que todas as questões ligadas a preparativos de viagem, estudo de idiomas, seguro, alojamento, passaportes, vistos, vacinas e disponibilidade de fundos são de minha responsabilidade pessoal e não de qualquer Rotary Club, distrito, Rotary International ou Fundação Rotária.
7. Estou ciente de que a Fundação apenas financiará as despesas diretamente ligadas à realização do programa e concordo em ter fundos suficientes para cobrir despesas pessoais e eventuais de minha viagem.

8. Estou ciente de que a Fundação Rotária tem a decisão final na escolha dos membros da equipe. Membros titulares ou suplentes da equipe podem ser desqualificados em qualquer momento, sempre que for julgado apropriado.
9. Concordo em reembolsar a Fundação Rotária por quaisquer custos se meu comportamento levar ao meu desligamento da equipe.
10. Atesto que não sou: 1) rotariano; 2) funcionário de um clube, distrito ou outra entidade rotária nem do Rotary International; 3) cônjuge, descendente direto (filho ou neto legítimo, natural ou legalmente adotado), cônjuge de um descendente direto ou um ascendente (pais ou avós paternos ou maternos) de pessoa que se enquadre em qualquer das duas categorias anteriores.
11. Certifico que a comissão de seleção está ciente da minha relação (profissional ou pessoal) com quaisquer rotarianos que sugeriram meu nome para membro da equipe e/ou com outros participantes da equipe.
12. Concordo em permanecer com a equipe por toda duração do programa, exceto durante períodos livres inclusos na programação, e sempre informarei minha equipe sobre meu paradeiro.
13. Seguirei padrões aceitáveis de comportamento e conduta durante minhas viagens com a equipe, transmitindo uma imagem positiva do Rotary, meu clube ou distrito patrocinador e meu país.
14. Concordo em evitar participar de atividades perigosas durante todo o programa. Atesto estar ciente e concordar com os seguintes itens:
  - Sou o único responsável por meus atos e bens enquanto estiver participando de atividade rotária e deslocando-me de/para o local do projeto.
  - Minha participação voluntária neste treinamento pode resultar no envolvimento em atividades perigosas, inclusive exposição a doenças, ferimentos, enfermidades, infraestrutura pública inadequada e sem segurança, transportes arriscados, condições de trabalho impróprias, atividades físicas extenuantes, péssimas condições climáticas, conflitos políticos e culturais, consequências pelo não-cumprimento das legislações locais, perdas e danos físicos, crimes e fraudes. Compreendo e assumo todos os riscos envolvidos a este programa.
  - Por meio deste, isento o RI/TRF de qualquer responsabilidade e obrigação, seja financeira ou de outra natureza, além do pagamento da quantia estipulada para o subsídio.
  - Se eu for obrigado a retornar ao país de origem antes do cumprimento dos termos estabelecidos neste acordo por motivo de acidente ou problema de saúde, a Fundação Rotária pagará pelo meu transporte de volta. O RI/TRF não cobrirá quaisquer gastos adicionais, inclusive com atendimento médico-hospitalar ou tratamento, em momento algum.
  - Sou plenamente responsável por quaisquer gastos e danos causados por doenças, ferimentos ou outras perdas (inclusive perdas de deveres conjugais e emocionais) sofridos ao participar ou em viagem de/para o local do treinamento, ou em outras circunstâncias relacionadas ao pagamento do subsídio.

15. Concordo em não participar de atividades perigosas que possam prejudicar ou colocar em risco a minha saúde, segurança e bem-estar ou a saúde, segurança e bem-estar de outros participantes. Tais atividades incluiriam, mas não estariam limitadas a, paraquedismo, bungee jumping, esportes radicais e uso de maquinário pesado. Sou plenamente responsável por meus atos e bens enquanto estiver participando e me deslocando de/para o local do programa.
16. Atesto que, se participar de qualquer prática ou atividade médica, incluindo, e não limitado a, procedimentos médicos e cirúrgicos, prática odontológica e contato com doenças contagiosas, toda e qualquer obrigação que possa surgir decorrente de minha participação em tal atividade (inclusive fornecer seguro adequado) será de minha plena responsabilidade.
17. Isento o RI/TRF de qualquer encargo, responsabilidade e obrigação, seja financeira ou de outra natureza, além do pagamento da quantia estipulada para o subsídio e compreendo que sou responsável por todos os gastos não financiados pelo subsídio. Por meio deste, concordo em defender, indenizar e manter ileso o RI/TRF contra todas as queixas (incluindo, sem restrições, queixas de lesão física ou dano patrimonial), litígios, ações judiciais, danos, perdas, obrigações, multas, encargos (incluindo honorários e outras despesas legais), outorgas e sentenças reivindicadas contra ou retomadas do RI/TRF, resultantes de qualquer ato, conduta, omissão, negligência, mau comportamento, ato ilícito ou violação de qualquer um dos termos e condições que se aplicam a este programa. As hipóteses mencionadas acima incluem, sem qualquer limitação, danos físicos ou materiais causados ao RI/TRF ou a terceiros, que estejam sujeitos ou não a qualquer apólice de seguro.
18. Concordo em participar de atividades do clube e distrito quando solicitado por meus patrocinadores.
19. Autorizo a Fundação Rotária a divulgar meu nome e dados a outras equipes de formação profissional e distritos rotários, quando por estes solicitado. A menos que indicar por escrito, ao enviar fotos com meus relatórios, por meio deste, autorizo o RI e a TRF a utilizar minhas imagens para fins promocionais do Objetivo do Rotary, incluindo e não limitado a publicações do RI e TRF, anúncios e websites. Autorizo também o RI e TRF a compartilhar fotos dos relatórios com entidades rotárias, a fim de promover o Objetivo do Rotary.
20. Atesto que, se viajar após o término do treinamento, concordo em retornar ao meu distrito patrocinador dentro de no máximo quatro semanas após o término do programa.
21. Concordo que, meu cônjuge ou outros familiares, que não forem membros aprovados da equipe, não acompanharão a equipe durante o programa em qualquer circunstância.
22. Concordo em me submeter a um exame médico, completo e assinado por um médico, para atestar que estou em boas condições físicas para viajar.

Todas as questões relacionadas a este Acordo serão regidas pelas leis do estado de Illinois, incluindo, sem restrições, sua interpretação, elaboração, execução e vigência. Qualquer ação judicial iniciada por uma das Partes contra a outra Parte, relacionada a este Acordo, deve ser tomada na Comarca de Cook County, Estado de Illinois ou Vara Federal da Circunscrição do Norte de Illinois. Ambas as Partes consentem à jurisdição exclusiva destes foros e de seus respectivos tribunais, para o propósito de tais

ações. Nada neste documento proíbe a parte que obtiver um julgamento em um dos tribunais designados, de compelir o julgamento em qualquer outro tribunal.

Por favor indique abaixo:

- Li e concordo com os Termos e Condições dos Subsídios Globais e Distritais da Fundação Rotária e os termos acima do acordo relacionado à minha participação neste programa.
- Atendo às exigências médicas para este programa e estou em condições físicas de viajar internacionalmente e participar de atividades durante o programa de formação profissional.
- Estou ciente de que devo providenciar seguro médico e contra acidentes, conforme detalhado no acordo de participante e que devo fornecer detalhes sobre as coberturas do seguro no campo de informações de contato para emergência. Compreendo que este seguro deve ter validade em todos os países visitados durante o período do programa.
- Isento a Fundação Rotária de toda e qualquer responsabilidade judiciária a respeito do meu envolvimento neste programa.
- Já obtive ou obterei os vistos necessários para a viagem antes da minha data de partida.

Nome (em letra de forma): \_\_\_\_\_

Assinatura obrigatória): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_