

# INVICTUS RACE

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD.

NUMERO DE CORREDOR ..... DISTANCIA .....

LA INFORMACIÓN DE ESTE DOCUMENTO TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

Comprendo que la competencia INVICTUS RACE a disputarse el día. ....  
en la ciudad de ....., involucra una actividad que puede entablar ciertos riesgos. Declaro plenamente que voluntariamente participo de esta actividad y que conozco y entiendo la exigencia y el alcance de la misma, riesgos y peligros que ésta presenta. Entiendo perfectamente la exigencia que representa y por lo tanto me he entrenado y preparado físicamente de manera adecuada para poder hacer frente a ella. No tengo conocimiento de ningún impedimento Psicofísico o deficiencia que puede ser la causa de que yo sufra alguna lesión y/u otro daño corporal a mi participación en esta actividad. No estoy obligado a participar de la misma y me hago cargo y responsable totalmente de las posibles lesiones que pueda tener en la misma. Libero para siempre de toda responsabilidad a los organizadores y renuncio a cualquier indemnización por daño físico o material a los organizadores de dicha actividad y a las empresas, colaboradores, auspiciantes. Declaro que soy plenamente capaz de participar en la competencia referida por lo tanto asumo toda responsabilidad hacia mí, en lo que respecta a lesiones personales, robo, daños y/o pérdida de mi propiedad y de integridad física o de vida. Declaro estar apto y soy consciente de mi estado general de salud mental y física. Declaro estar preparado para ejercer actividades físicas y mentales intensas. Yo declaro responsabilizarme por efectuarme los controles médicos necesarios para desarrollar una carrera de estas características. En caso de que, por accidente o enfermedad durante esta competencia me vea imposibilitado para comunicarme, yo autorizo y pido se me proporcione la asistencia médica y/o quirúrgica necesaria, y acepto cubrir los costos de las mismas. Autorizo a los organizadores de esta competencia a utilizar cualquier medio de registro fílmico y/o fotográfico de la actividad para fines personales, así como para fines publicitarios y otros, sin que por ello tengan que realizar emolumento alguno a mi persona y/o sucesores a título personal o universal (cesionarios o herederos). Declaro haber leído, entendido y aceptado todos los términos y condiciones establecidas en ESTE DOCUMENTO y los REGLAMENTOS GENERALES y de la competencia procediendo a dejar constancia firmando dentro del siguiente recuadro.

Nombre y Apellido:

CI:

Fecha Nacimiento:

Sociedad Médica:

Teléfono de contacto:

Firma:

Aclaración: