

Deslinde de responsabilidad y declaración médica

Reconozco que participar en las competencias de 48 horas, 24 horas, 12 horas y 6 horas denominadas "48hs. Uruguay es Ultra" es una actividad potencialmente peligrosa, en tanto se trata de una actividad física exigente que implica riesgos para la salud, incluso de vida.

Participo del evento porque me encuentro psico-físicamente apto/a y he cumplido un entrenamiento adecuado a la carrera en que participo, lo cual declaro bajo mi exclusiva responsabilidad y juramento.

Asumo a título personal todos los riesgos asociados a participar en esta carrera, incluyendo, pero no limitado a, todo tipo de lesiones y afecciones físicas derivadas de caídas, del contacto con otros participantes, del estado del tiempo (incluyendo temperatura, humedad y otros), de las condiciones del circuito, e inclusive el riesgo de muerte; todos los cuales declaro conocer, comprender y valorar.

Me comprometo a declarar cualquier tipo de cirugía, medicación y/o tratamiento que haya recibido en los últimos 6 meses.

Asimismo me comprometo a realizar un esfuerzo acorde a mi entrenamiento físico, teniendo en cuenta los riesgos mencionados y a cumplir cualquier indicación recibida del personal asignado por los organizadores de la carrera relativa a mi capacidad de completar la misma.

Reconozco que en la competencia participan atletas federados, cuyo grado de preparación y entrenamiento es superior a la de los atletas amateurs, y que por tanto entiendo no conveniente ni oportuno seguir su ritmo de competencia.

Declaro estar en conocimiento de que el uso del número de corredor es obligatorio y deben usarse durante toda la competencia sin ninguna prenda u objeto que los cubra o que impida visualizarlos claramente en su totalidad.

De no cumplir con los requisitos de vestimenta, reconozco la facultad de los organizadores de excluirme de la competencia.

Asumo la obligatoriedad del uso del chip, el que la organización me suministrará el día de la competencia y reconozco que sin el uso del mismo el tiempo de carrera no podrá ser cronometrado por la organización.

Estoy informado que cumpliendo con las normas IAU la carrera cuenta con control antidoping, el cual será realizado por la ONAU – Organización Nacional Antidopaje de Uruguay, quedando en sus manos la selección del atleta.

Acepto que en caso de suspensión definitiva de la carrera por causas no imputables al organizador (ejemplo condiciones climáticas extremas) éste no asume obligación alguna de restituir el precio de la inscripción en tanto el mismo está directamente relacionado a costos de organización que no son recuperables para el organizador.

Habiendo leído esta declaración y conociendo las condiciones y los eventuales riesgos que implica mi participación en la carrera, exoneró a los organizadores, a cualquier empresa afiliada y subsidiaria, voluntarios, sponsors, sus representantes y sucesores, de toda responsabilidad civil y/o penal por cualquier daño, lesión, extravío, robo y/o hurto o perjuicio de cualquier naturaleza u origen que pudiera sufrir o se me ocasionara con motivo de mi participación en la carrera, como consecuencia de la misma sea durante y/o a su finalización, independientemente de la existencia de culpa por parte de cualquiera de las personas o entidades antes mencionadas.

También me comprometo a aceptar las condiciones del tratamiento de residuos generados por mi participación en la carrera, que serán explicitados en la charla técnica previa a la carrera.

Asimismo, autorizo al organizador y sponsors de la carrera al uso de mi imagen en fotografías, películas, videos, grabaciones, Internet y cualquier otro medio de registro de esta carrera y la utilización de mi nombre y demás información relacionada con mi participación en la carrera para el uso legítimo, incluido el comercial, a criterio exclusivo de los organizadores sin derecho a reclamar compensación económica alguna en tales conceptos.

Declaro ser mayor de 18 años, tener capacidad legal suficiente para otorgar esta declaración, haber leído y comprendido el contenido y alcance del presente documento, firmando al pie del mismo en prueba de mi conformidad y aceptación.

Declaración Médica

A continuación detalle los últimos tratamientos médicos, cirugías o medicación recibida en los últimos 6 meses.

Esta información tendrá carácter de confidencialidad por parte de los organizadores.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA

Nombre:

Documento