DESLINDE DE RESPONSABILIDAD CORRE CORREO 2025
FUNCIONARIOS 5KM N° _____

9 de Noviembre de 2025

Quien suscribe, cuyos demás datos figuran al pie de este documento, declara:

Ser mayor de edad y participar en forma voluntaria en la carrera; estando física y médicamente apto así como adecuadamente entrenado para realizarla. Declaro especialmente que he sido examinado por un médico habilitado, quien ha certificado mi aptitud física para realizar la prueba a la que me he inscripto.

Aceptaré cualquier decisión de un oficial de la carrera relativa a mi capacidad de completar con seguridad la prueba. He tomado pleno conocimiento y asumo todos los riesgos asociados, a vía de ejemplo y sin ser taxativos: caídas, contactos con otros participantes, las consecuencias del estado del tiempo, tránsito vehicular y condiciones viales del recorrido publicitado, manifestando que todos los riesgos son plenamente aceptados por mí.

Dejo constancia que estoy en conocimiento que **en el transcurso de la carrera, debo prestar atención a las señales indicadoras, sirenas de ambulancias o transportes de la Intendencia Municipal de Montevideo, que intervengan ya sea para asistir a los corredores, como medio de apertura o cierre de la misma o paso a los participantes que vengan en los primeros lugares.** Y que cualquier obstaculización que me sea imputada por no cumplir con dichas indicaciones o anuncios de sirenas, podrá dar lugar a mi penalización o hasta eliminación del ranking de la carrera, conforme las directrices municipales para la organización de este tipo de eventos.

Por tal motivo se previene que el uso de auriculares u otros dispositivos de escucha, no son recomendados por los organizadores de la carrera.

Habiendo leído esta declaración, en pleno conocimiento de lo relacionado precedentemente así como los riesgos asociados a mi participación en la carrera, libero a los organizadores de la carrera, voluntarios, empresas contratadas o vinculados, sponsors y auspiciantes, sus representantes y sucesores de todo reclamo y/o responsabilidad por cualquier tipo de daño, que surja con motivo u en ocasión de mi participación voluntaria en este evento, así como de cualquier extravío y/o hurto que pudiera sufrir durante la competencia.

En caso de que, por accidente o enfermedad durante esta competencia me vea imposibilitado para comunicarme, autorizo a que se me proporcione la asistencia médica y/o quirúrgica que se necesaria y acepto cubrir todos los costos de la misma.

Acepto los requisitos establecidos para participar en el evento y la suscripción del presente deslinde para el retiro del kit (sujeto a disponibilidad de talle y stock). Declaro conocer que para acceder a la premiación y sorteos debo participar efectivamente en la carrera, contando en forma visible con el número de participante; autorizando la verificación de los organizadores en lo que corresponda. Al aceptar el reglamento tomo conocimiento y acepto voluntariamente el procedimiento de premiación y división de categorías y cronometraje por parte de la empresa Kronos; quedando incluido en el mismo, siempre que cuente con el chip inherente a la carrera.

Autorizo a la organización y sponsors de la competencia a utilizar, reproducir, distribuir y/o publicar fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de mi persona, tomadas con motivo y en ocasión de este evento, para cualquier uso legítimo, sin que por ello pueda exigir compensación económica alguna a mi favor. El material que se obtenga del evento, que podrá ser cedido aterceros es propiedad de la organización.

Quien suscribe autoriza expresamente a la organización al tratamiento de mis datos personales, los cuales he suministrado para la inscripción en la carrera, de conformidad con la normativa legal y reglamentaria aplicable a la Protección de Datos Personales.

Este documento tiene carácter de Declaración Jurada, entrando en vigencia desde la fecha de suscripción del mismo.

Nombre:_____

Documento de Identidad: _____Fecha de Nacimiento:__/___/____

Domicilio:_____Departamento:_____Ciudad:_____

Sociedad Médica:_____Emergencia Médica:_____

Teléfono celular de contacto:_____ Nombre y celular de persona de contacto ante caso de emergencia:

_____

Fecha:_____

Firma y Aclaración: _____