



DESLINDE DE RESPONSABILIDAD CORRE CORREO 2025 GENERALES 5 KM 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 a terceros 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: _____