



DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

Declaro estar médicamente apto y adecuadamente entrenado para participar de esta prueba. Asumo todos los riesgos asociados al participar en esta carrera incluyendo, pero no limitado a caídas; contacto con los participantes, las consecuencias del clima, incluyendo temperatura y/o humedad, tránsito vehicular y condiciones del camino, todos los riesgos conocidos y apreciados por mí.

Estoy consciente de que la organización pondrá a disposición de los corredores ambulancias y servicios médicos y que estos se limitarán solamente a prestar servicios de primeros auxilios.

Habiendo leído esta declaración y conociendo estos hechos, yo, en mi nombre y el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores de la prueba, voluntarios, Gobierno Municipal de Santa Cruz de la Sierra y de Cotoca, oficiales de tránsito, jueces y auspiciadores, sus representantes y sucesores de todo reclamo y responsabilidad, de cualquier tipo que surja de mi participación en este evento.

Autorizo a la organización y auspiciadores el uso de mi imagen en fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de este evento para cualquier uso legítimo, sin compensación económica alguna.

Número de Dorsal / Bib Number: -----

FECHA DE RETIRO DE KIT: -----

NOMBRE Y APELLIDO CORREDOR: -----

CI/PASAPORTE: -----

FIRMA: -----

En caso de recoger por tercera persona, colocar los siguientes datos:

NOMBRE Y APELLIDO QUIEN RECOGE KIT: -----

CI/PASAPORTE: -----