

IMPRIMIR PARA SER PRESENTADO Y FIRMADO EL DÍA DE LA ACREDITACIÓN

Nombre y apellido declaro estar médicamente apto y adecuadamente entrenado para participar de la carrera de ciclismo Vuelta Ballenas 2022. Aceptaré cualquier decisión de un oficial de la carrera relativa a mi capacidad de completar con seguridad la prueba. Asumo todos los riesgos asociados con 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.

Habiendo leído esta declaración y conociendo estos hechos y considerando su aceptación en participar en la carrera, yo, en mi nombre y el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores de la prueba, voluntarios, empresas contratadas o vinculadas, sponsors y auspiciantes, sus representantes y sucesores de todo reclamo y responsabilidad, de cualquier tipo que surja de mi participación en este evento aunque esta responsabilidad pueda surgir por negligencia o callosidad de parte de las personas nombradas en esta declaración, así como de cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir. Entiendo que la organización podrá suspender o prorrogar fechas sin previo aviso, incluso incrementar o reducir la cantidad de inscripciones en función de las necesidades o la disponibilidad técnica o estructural.

Acepto y entiendo el reglamento de este evento publicado en <http://www.vueltaballenas.ar/reglamento/> y en la plataforma de inscripción, las condiciones de uso y política de privacidad de la plataforma de inscripciones, como así también la política de no cancelación y devolución. Entiendo que al haberme inscripto online he aceptado digitalmente las condiciones y políticas ya que de lo contrario no me permitía continuar con el proceso de inscripción. Cumpló bajo mi firma todos los requisitos básicos y obligatorios para el retiro del kit. Al aceptar el reglamento tomo conocimiento y acepto voluntariamente el procedimiento de premiación y división de categorías. La organización no reembolsará el importe de la inscripción a los participantes que decidan no participar una vez inscriptos, cualquiera sea el motivo.

Autorizo a la organización y sponsors al uso de fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de este evento para cualquier uso legítimo, sin compensación económica alguna.-

Firma, aclaración y DNI del corredor

DECLARACIÓN JURADA EN EL MARCO DE EMERGENCIA SANITARIA COVID 19

Nombre y Apellido:

DNI:

Domicilio:

Fecha de Nacimiento:

Género:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Cuestionario Sanitario

¿Ha notado alguno de los siguientes síntomas durante los últimos 15 días?

	<i>Síntomas</i>	SI	N O
1	Temperatura mayor a 37.5 °C		
2	Tos seca		
3	Dolor de garganta		
4	Inicio repentino de dificultad para respirar		
5	Inicio repentino de vómitos y/o diarrea		
6	Inicio repentino de dolor articular/muscular no explicable por actividad física habitual		
7	Cansancio sin causa aparente		
8	En los últimos 15 días ¿ha tenido contacto estrecho con caso sospechoso o confirmado de COVID 19?		
9	¿Hay alguna persona en su hogar que se encuentre en auto confinamiento o confinamiento obligatorio?		
1 0	¿Comparte su hogar con una persona expuesta o con factor de riesgo?		

¿Está vacunado?

En caso de responder afirmativamente ¿Con cuál vacuna?

Indicar si es 1era o 2da Dosis.