

**CORREMOS  
CORREMOS  
CORREMOS**

**21K**  
**RAFAELA 2022**



**Ciudad de Rafaela**  
GOBIERNO MUNICIPAL

# ***DESLINDE***

## **MEDIA MARATÓN 21K DE LA CIUDAD DE RAFAELA DANIEL TECLA FARÍAS - AÑO 2022**

Por intermedio de la presente declaro bajo juramento que he efectuado los controles médicos necesarios que me permiten ESTAR APTO para participar de esta competencia deportiva.

Manifiesto que aceptaré cualquier decisión de un oficial de la Organización, relativa a mi capacidad de completar con seguridad la prueba.

Asumo todos los riesgos asociados con participar en este evento, no limitado solo a caídas, incluyendo contacto con los participantes, las consecuencias del clima, temperatura y humedad, el tránsito vehicular y condiciones del camino, todos los riesgos conocidos y apreciados por mí.

Habiendo leído esta declaración, conociendo estos hechos y considerando la aceptación en participar de la carrera; yo, en mi nombre y el de cualquier persona que actúe en mi representación, libero a los organizadores de la prueba, a la Municipalidad de Rafaela, voluntarios, fiscalizadores y sponsors, 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 culpa de las organizaciones y 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 la necesidad o disponibilidad técnica o contractual. Autorizo a la Organización y sponsors al uso de fotografías, películas, videos, grabaciones y cualquier otro medio de registro de esta competencia para su uso legítimo, sin reclamar compensación económica alguna.

### **Deslinde**

**Nombre y apellido:**

**DNI:**

**Firma:**

**Fecha:**

**CORREMOS  
CORREMOS  
CORREMOS**

**21**   
**RAFAELA 2022**



**Ciudad de Rafaela**  
GOBIERNO MUNICIPAL

# ***APTITUD FÍSICA***

## **CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA**

(PARA SER COMPLETADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO)

*Rp. /*

Certifico que..... con DNI N°.....  
fue evaluado/a desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha contraindicaciones para realizar actividad física, encontrándose en condiciones de salud apta para la práctica de actividad física ..... (indicar lo que corresponda: moderada o de baja intensidad - vigorosa o de alta intensidad).

Fecha de emisión...../...../.....

Nombre y apellido del médico.....

Número de matrícula del médico.....

Firma y sello del médico: .....