

## **XXXIX MARATÓN INTERNACIONAL DE LOS ANDES – FLORINDA CAMAYO LAPA – 2025**

### **DECLARACIÓN JURADA – DESLINDE DE RESPONSABILIDAD**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado/a con DNI o pasaporte N° \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, con domicilio en el departamento de \_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_, distrito de \_\_\_\_\_, con \_\_\_\_\_ años de edad, teléfono: \_\_\_\_\_, correo electrónico: \_\_\_\_\_, manifiesto mi deseo de participar en el evento deportivo XXXIX Maratón Internacional de los Andes – Florinda Camayo Lapa – 2025, organizado por la Municipalidad Provincial de Huancayo, y declaro lo siguiente:

#### **1. CONDICIONES FÍSICAS Y RIESGOS**

Declaro conocer que el evento implica un esfuerzo físico y mental considerable, por lo que asumo total y exclusivamente los riesgos que mi participación pueda ocasionar a mi salud, durante o después del evento. Declaro estar en condiciones físicas y psíquicas adecuadas y que no he sido contraindicado por ningún profesional médico. Me encuentro debidamente entrenado/a para participar en la distancia correspondiente: 5K, 10K, 21K o 42K.

#### **2. DESLINDE DE RESPONSABILIDAD**

Libero completamente y para siempre a la Municipalidad Provincial de Huancayo, al Área de Deportes, organizadores, auspiciadores, voluntarios, instituciones colaboradoras y sus representantes, de cualquier responsabilidad directa o indirecta por lesiones, enfermedades, accidentes, pérdidas, daños materiales o personales (incluso la muerte), que puedan ocurrir antes, durante o después del evento, inclusive si fueran ocasionados por negligencia o fuerza mayor.

#### **3. EVALUACIÓN MÉDICA Y COBERTURA DE SALUD**

Reconozco que se me recomienda pasar una evaluación médica antes de participar en la competencia.

**Declaro tener cobertura médica vigente en el Perú, cuyos datos son los siguientes (rellenar en caso de tener):**

**Aseguradora** \_\_\_\_\_ **Número de póliza** \_\_\_\_\_

En caso de accidente, autorizo a la organización a brindarme atención de primeros auxilios y trasladarme al centro de salud más cercano, asumiendo los gastos derivados.

#### **4. COMPROMISO CON EL REGLAMENTO**

Me comprometo a cumplir con las bases y reglamento del evento, así como seguir las instrucciones del comité técnico y jueces. Acepto que por incumplimiento puedo ser descalificado/a.

#### **5. DECISIÓN DE LOS JUECES Y CONDICIONES DEL EVENTO**

Acepto cualquier decisión de los jueces que pongan en duda mi capacidad de continuar con seguridad en la competencia. Entiendo que el evento podría ser modificado, suspendido o cancelado por causas de fuerza mayor, orden público o condiciones climáticas.

#### **6. USO DE IMAGEN**

Autorizo a la organización y a sus auspiciadores a utilizar imágenes, fotos, videos y audios obtenidos durante el evento para fines de difusión o promoción en medios físicos o digitales, en Perú o el extranjero, sin compensación alguna.

#### **7. KIT DE COMPETENCIA**

Acepto recibir un kit personal e intransferible de competencia, exclusivamente para ser usado en la distancia en la que me he inscrito. Comprendo que cualquier controversia solo podrá ser resuelta por los jueces designados del evento.

#### **8. RECONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN**

Declaro haber leído cuidadosamente esta declaración, comprender su contenido y firmar voluntariamente como requisito indispensable para mi participación.

EN CASO DE MENORES DE EDAD:

**Nombre del padre/madre o tutor:** \_\_\_\_\_

**DNI N°:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

**Firma del participante:** \_\_\_\_\_

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2025