

SEGUNDA CORRIDA HOSPITALARIA HGGB 2016

DECLARACIÓN LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES PRIMERA CORRIDA HOSPITALARIA HGGB 2016

NOTA: En caso de que el participante sea menor de 18 años, este formulario debe presentarse con los datos del (la) apoderado(a), además de su correspondiente firma.

A través del presente documento, declaro que: *(nombre completo)*

Rut: _____, participo (a) bajo mi propia responsabilidad y declaro estar *(mi pupilo está)* en condiciones aptas de salud físicas y mentales para participar en el evento “Segunda Corrida Hospitalaria HGGB 2016” a realizarse el día Domingo 06 de Noviembre de 2016 en ciudad de Concepción, eximiendo de toda responsabilidad a Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente por cualquier problema de salud, percance o accidente que pudiera sufrir antes, durante y después del desarrollo del evento; renunciando desde ya a cualquier acción legal en contra dicha institución. Declaro además, conocer y aceptar las Bases del evento publicadas en www.hospitalregional.cl

Nombre y Firma Apoderado *(en caso de menores de edad)*:

Firma Competidor *(mayor de edad)*: _____