



Asunto: Carta Liberación de Responsabilidad, para para
participar en la Carrera "125 Años de la HENM"
Participante No. _____.

Antón Lizardo, ver a 09 de julio de 2022.

Al. C. Director de la HENM.
Presente.

El (La) que suscribe, C. _____ (el participante), libera de toda responsabilidad a la Secretaria de Marina, a la Heroica Escuela Naval Militar, así como a sus Directivos, Funcionarios, Empleados y Representantes; y conviene no entablar acción legal alguna en contra de ella como resultado de su participación en el **"Medio Maratón 125 Años de la Heroica Escuela Naval Militar"** (El Evento) a realizarse el 10 de julio de 2022 en la Heroica Escuela Naval Militar, consistente en 3, 5, 10 o 21 km de carrera pedestre, voluntariamente elegida por "el participante".

Así mismo, "El Participante" y/o su "Representante Legal" manifiesta conocer que existen riesgos y peligros derivados de la participación en el citado Evento y acepta asumirlos, por lo tanto, de manera informada y voluntaria, "El Participante" y/o su "Representante Legal" firma la presente liberación de responsabilidad y libera de demandas, reclamaciones o acciones legales motivadas por lesiones o daños a su persona, incluyendo la muerte, o por daño a la propiedad relacionada a su participación dentro de "el evento". Entendiendo que esta Liberación de Responsabilidad cubre responsabilidad civil, penal, administrativa y de cualquier otra índole, así como acciones legales por daños y perjuicios ocasionados por cualquier acto u omisión de su parte, incluyendo de manera enunciativa más no limitativa, negligencia, errores o fallas de supervisión.

Bajo protesta de decir verdad, el participante manifiesta que no existen impedimentos médicos, físicos, mentales y/o de salud, para participar en "el Evento" y que los datos asentados en la presente son ciertos, cualquier omisión en los mismos, así como la responsabilidad derivada de ello, es única y exclusivamente de "El Participante".

En caso de sufrir accidente, autorizo al Comité Organizador del evento que notifique a _____, localizable en el número telefónico _____ y que en caso de requerir atención médica mayor solicito ser atendido por la Institución u Hospital _____ para el cual cuento con el número de afiliación, seguro o registro No. _____.

La presente se expide para los efectos legales y administrativos a que haya lugar,

(El Participante).

(Representante Legal)
(Menores de Edad).

