Formato de Renuncia, Compromiso y Responsabilidad

Nombre y Apellidos:_____Fecha de Nacimiento (d)___/(m)___/(y)___
Equipo (Estado/Categoría/Nombre):_____

1.- Renuncia.- En mi calidad de participante del Campeonato Nacional de Maxibaloncesto Tijuana 2024, por este medio y en este acto renuncio expresamente con alcance a mis herederos, ejecutores, administradores y apoderados, al derecho y a la acción de cualquier índole y al reclamo de responsabilidad o demanda, en el presente o el futuro, por cualquier daño material o moral, lesiones, incapacidad permanente o parcial que sufriera, incluyendo mi muerte y las perdidas o daños causados por negligencia, activa o pasiva por parte de cualquier representante oficial, voluntario, tercero o empleado del Comité Organizador (CO) del evento o actividades del mismo atento a mi expreso deseo de participar en este campeonato y en mi estado fisico actual.

2.- Autorización de Imagen.- Autorizo expresamente al Comité Organizador, a la Asociación Nacional de Maxibaloncesto Mexicano A.C., a los entes asociados y a sus licenciatarios, el derecho incondicional al uso, registro, publicación y difusión: digital, por internet, televisiva, radial y cualquier otro medio de uso o medio comunicacional, publicidad, documentación visual, material promocional, mercadotecnia o coberura cinematografica de cualquier tipo, por mi participación en el Campeonato Nacional de Maxibaloncesto Tijuana 2024, como asi mismo el uso de mi nombre, datos personales para plataformas electronicas, apariencia, voz y biografía, sin compensación alguna para mi persona. Renuncio asimismo al derecho a inspeccionar y/o aprobar el producto y/o la copia que pueda ser usada o el uso al cual pueda ser aplicado.

3.- Observación de las Reglas.- Manifiesto expresamente que conozco y entiendo cada una de las Reglamentaciones y Reglas emanadas de la Asociación Nacional de Maxibaloncesto Mexicano A.C. y FIMBA Mèxico y que cumpliré y obedeceré los reglamentos de la categoría y del campeonato, ademas de las instrucciones escritas y no escritas dadas por el personal del campeonato. Acepto expresamente que en caso de incumplimiento pueda ser descalificado (a) y/o expulsado (a) del mismo.

4.- Edad y Elegibilidad.- Manifiesto expresamete que como jugador (a) del presente campeonato cumplo con la edad correspondiente a mi categoría o bien alguna categoría inferior. Asimismo soy responsable directo de mi correcta Elegibilidad para mi participaciòn en dicho campeonato.

5.- Declaración de Estado Físico y Salud.- En mi calidad de jugador (a) de la categoría Maxibaloncesto declaro estar en optima condición fisica, psiquica y de salud para participar y competir en este torneo al que me he registrado voluntariamente. Declaro que estoy en conocimiento de todos los riesgos inherentes al entrenamiento y competencia de la categoría y que acepto mi responsabilidad personal y el deslinde efectuado, por cualquier herida, lesión, accidente o enfermedad, incluyendo la posible incapacidad parcial o permanente y/o muerte, que yo pueda sufrir durante estas competencias.
Declaro conocer las temperaturas de la región y voluntariamente decido competir en este torneo.
Declaro no haber tenido recientemente una exposicion al COVID – 19 y que no presento sintomas.

6.- Autorización Medica.- En el evento que pueda ocasionarme heridas, lesiones o infecciones mientras participo en las competencias, autorizo al personal medico a realizarme y administrarme atención medica de emergencia y no emergencia, las que dejo a la absoluta discreción de los profesionales que estimen deseable y necesaria. Por este acto eximo al personal de atención medica de cualquier reclamo, daños, y responsabilidad que sucedan por actos u omisiones en conexión con la prestación de tratamientos medicos de emergencia y no emergencia a mi persona. En virtud de ser responsable por el pago de una cobertura medica que incluye transporte, costos, honorarios y otros servicios medicos, manifiesto que no es responsable el Comité Organizador (CO) del presente torneo por los daños, lesiones o consecuencias de salud que sufriera.

Certifico que he leído, entendido y renunciado a ciertos derechos que son consecuencia de mi exclusiva responsabilidad, que lo informado es fiel y exacto y que me atendré a los terminos dichos y condiciones establecidas en el presente, firmando este documento voluntariamente. Reconozco que las leyes que rigen el presente documento son las de este país y estado y acuerdo someterme con expresa renuncia a cualquier otro fuero o juridicción a las de esta ciudad Pachuca de Soto Hgo.

Fecha: (d)___/(m)___ /2024
Nombre Completo:_____Firma: _____