



Comisión de Deportes
Viamonte 1549 – 1° Piso
Tel.: 5382-9313
Fax: 5382-9566
deportes@consejocaba.org.ar
www.consejo.org.ar

COMISIÓN DE DEPORTES
DECLARACIÓN JURADA PARA PARTICIPAR EN EL
TORNEO AMERICANO DE TENIS 2017

....., Matrícula T° F°, titular del Documento Nacional de Identidad N°....., en mi carácter de participante en el Torneo Americano de Tenis 2017 que se realizará el **viernes 17 de noviembre** en las instalaciones de **"El Abierto Tenis"**, manifiesto por la presente que libero de toda responsabilidad al Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por los eventuales daños y/o perjuicios que pudieran derivarse de mi inscripción y participación en las actividades deportivas a llevarse a cabo en el marco del referido evento.

La liberación de responsabilidad aludida alcanza a todo daño que pudiera eventualmente sufrir mi persona y/o bienes como consecuencia de mi participación en el mencionado torneo, incluso caso fortuito o fuerza mayor, así como a aquellos daños que pudieran sufrir mis acompañantes.

En virtud de la liberación de responsabilidad efectuada más arriba, renuncio en este acto a reclamar indemnización alguna al Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires por los eventuales daños que pudiera sufrir mi persona, bienes y/o acompañantes como consecuencia de mi participación en la competencia señalada.

Declaro bajo juramento encontrarme en perfecto estado de salud y entrenamiento para poder participar en el mencionado evento. Asimismo, declaro no tener conocimiento a la fecha de ningún impedimento físico o deficiencia que pudiera provocarme lesiones y cualquier otro daño corporal como consecuencia de mi participación en dicho torneo.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los días del mes de de 2017, remito y suscribo la presente declaración jurada para el ente referido "ut-supra" comprometiéndome a su observación y/o cumplimiento.

Fecha de Nacimiento: / / Edad: años Sexo: **M** **F**
Tel. Particular: Tel. Celular:
Correo Electrónico:
Obra Social: N° Socio:
Vto. Carnet: / / Tel. Emergencias:
Médico personal:
Tel. Médico personal:

.....
Firma del matriculado