



PARQUE NACIONAL  
NAHUEL HUAPI



## Consentimiento informado y uso de imagen Sillas de rueda adaptadas para senderismo

Por la presente declaro que voluntariamente me inscribo para participar en esta actividad turística. Que he recibido información verbal y escrita respecto de las características de la actividad por parte del personal de la Administración de Parques Nacionales.

En igual forma manifiesto que por pedido expreso de mi parte (o mayor responsable/ tutor o acompañante terapéutico) he recibido en carácter de préstamo de uso una silla adaptada marca Champabike a efectos que pueda llevar adelante la actividad. Declaro asimismo que tengo absoluto conocimiento de los riesgos que esto implica y que he recibido la misma en perfectas condiciones de uso, y será devuelta en el mismo estado en el que se la recibió.

### ASUNCIÓN DE RIESGO:

Considerando lo declarado en el apartado anterior, acepto y asumo la total responsabilidad por cualquier riesgo de enfermedad, herida o muerte que pudiese ocurrir en el desarrollo de la actividad. Asimismo, desligo de toda responsabilidad a la Administración de Parques Nacionales, por los daños descriptos y/o cualquier otro que pudiere producirse, a mí mismo y/o a terceros, como consecuencia directa o indirecta del uso de dicha silla y sus accesorios.

Declaro poseer (describir discapacidad/situación)..... Y es por ello que he solicitado el material indicado en el primer punto. Firmo al pie de la presente como constancia de que tengo conocimiento que los servicios médicos o de primeros auxilios pueden no estar disponibles inmediatamente debido a las distancias del circuito de excursión y a la naturaleza del Área Protegida y su grado de dificultad. Asimismo, asumo el riesgo de cualquier avería, desperfecto o pérdida del material brindado, responsabilizándome de su restitución en tiempo y forma, comprometiéndome a reparar cualquier perjuicio económico que por mal uso o negligencia ostensible, pueda llegar a causar en el material.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO Y USO DE IMAGEN:

Declaro asimismo que por el presente efectúo expresa renuncia personal (así como mediante mandato y/o representación legal alguna) a iniciar acciones legales y/o reclamos contra la Administración de Parques Nacionales ya sea por enfermedad, heridas o muerte resultando del desarrollo de las actividades de la organización ni de cualquiera de sus empleados y/o directores, salvo ostensible negligencia o culpa de parte de las personas humanas o jurídicas organizadoras.

En el mismo sentido libero a la Administración de Parques Nacionales, sus funcionarios y sus empleados de cualquier responsabilidad por todo tipo de suceso como los antes indicados, sin que su enumeración resulte limitativa, pudiendo verse incluida cualquier otra situación con relevancia jurídica. Así también manifiesto que los eximo de responsabilidad por cualquier extravío, robo y/o hurto que pudiera sufrir con anterioridad, durante el transcurso o con posterioridad a la finalización de la actividad.

Por su parte, autorizo a la Administración de Parques Nacionales a reproducir, distribuir y/o publicar fotografías, películas, videos, grabaciones y/o cualquier otro medio de registración de mi persona tomadas con motivo y en ocasión de la presente actividad con las facilidades que esta iniciativa inclusiva permite a través del suministro de la mencionada silla adaptada, sin tener derecho a recibir compensación económica alguna a mi favor, cediendo por la presente dichas imágenes y/o registros a favor de la Administración, renunciando al derecho de recibir contraprestación por dicha cesión y/o uso, el que no podrá ser contrario a la moral y las buenas costumbres.

### EJECUCIÓN VOLUNTARIA Y COMPRENDIDA:

Que he leído cuidadosamente, he recibido las explicaciones del caso y he comprendido completamente sus contenidos. Por último, manifiesto que me encuentro advertido.

Que el presente constituye un deslinde de responsabilidad y un compromiso entre mi persona y la Administración de Parques Nacionales y los organizadores y firmo bajo mi absoluta y propia voluntad.

#### USUARIO

FIRMA (Si corresponde): \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

#### MAYOR RESPONSABLE/ TUTOR/ ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO (Si corresponde)

FIRMA: \_\_\_\_\_

ACLARACION: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_