

## DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

1. Declaro bajo de fe de juramento que todos los datos e informaciones que he proporcionado a la FUNDACION GRUPOPUNTACANA (FGPC) son absolutamente verídicos y correctos, que mi asistencia y participación en *El Programa* es voluntaria, y reconozco lo siguiente:

- a. Que soy responsable frente a la FGPC y/a sus empresas relacionadas ante cualquier daño o perjuicio que pueda ocurrir a mi persona por cualquier eventualidad durante mi participación en *El Programa*.
- b. Que al operar la FGPC en un ambiente de recursos naturales y servicios comunitarios, dicha participación podría requerir la exposición de mi persona a plantas, apoyo en servicios médicos o formativos, recursos acuíferos, entre otros, así como el acceso y/o uso, de manera enunciativa y no limitativa, de herramientas especializadas, en condiciones rigurosas, períodos prolongados de tiempo, visibilidad limitada, fuertes corrientes u oleaje, lo que puede implicar riesgos, previsibles o no, para mi persona y bienes, relacionados o que surjan al realizar las actividades de *El Programa* a los cuales no tengo objeción.
- c. Que estoy participando voluntariamente en *El Programa* con el conocimiento de los riesgos directos e indirectos inherentes, los cuales he valorado y mediante el presente documento acepto la responsabilidad de asumirlos.
- d. Que reconozco ser exclusivamente responsable de contratar las pólizas de seguro necesarias para cubrir los gastos de posibles lesiones, omisiones o daños a terceros por mi falta o negligencia que tengan lugar en ocasión de mi participación en *El Programa*. Declaro que, como Participante cuento con una cobertura de seguro apropiada contra accidentes y eventualidades médicas, así como en caso necesario cuento con un seguro de repatriación / evacuación médica. Acepto y reconozco que en caso de que por mi causa la FGPC realice a su voluntad pagos en mi nombre de gastos de cualquier tipo, los mismos serán reembolsados por mi previo al término de *El Programa*.
- e. En caso de requerir tratamiento médico, AUTORIZO a la FGPC a que coordine mi traslado a un centro médico u hospital en República Dominicana, asumiendo quien suscribe y/o mis herederos y/o causahabientes la responsabilidad de pagar los gastos en que se incurra. En el caso de que quien suscribe no pueda llegar a dar consentimiento, autorizo que un representante de la FGPC pueda consentir y autorizar por mi cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento que el centro u hospital médico o quirúrgico considere necesario o conveniente.

2. Reconozco que la FGPC podrá realizar en cualquier momento cancelaciones, variaciones, sustituciones o cualquier otro cambio en relación con *El Programa* y/o sus participantes, en casos de emergencia, cambio de condiciones cualquier evento de fuerza mayor o interés del grupo participante.

3. Me comprometo a cumplir con las leyes vigentes en República Dominicana, así como con los estándares y lineamientos dispuestos por la FGPC o quien está designe y con las directrices previstas para *El Programa*. Reconozco que en caso de violación de los mismos la FGPC estará facultada a no permitir mi permanencia en *El Programa*, sin perjuicio de agotar las vías legales correspondientes.

4. no permitir mi permanencia en *El Programa*, sin perjuicio de agotar las vías legales correspondientes.

5. Declaro que el presente documento es oponible a los miembros de mi familia, mis herederos, cesionarios y/o representantes personales; en caso de que tenga lugar mi fallecimiento durante mi estadía en *El Programa* y ha sido suscrito de manera libre y voluntaria por mi persona.

6. Declaro mi absoluto consentimiento, de que este documento se interpretará y regirá de conformidad con las leyes de la República Dominicana.

Por el Participante:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION DEL PADRE / TUTOR  
(SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS, EL PADRE Y/O TUTOR DEBE  
COMPLETAR LA INFORMACION ADICIONAL REQUERIDA DETALLADA DEBAJO Y  
FIRMAR EN SEÑAL DE AUTORIZACION PARA LA PARTICIPACIÓN DEL MENOR EN EL  
PROGRAMA)**

Yo, \_\_\_\_\_, de Nacionalidad, mayor de edad, de estado civil \_\_\_\_\_, titular de la Cédula de Identidad/Pasaporte Número \_\_\_\_\_, domiciliado(a) y residente en \_\_\_\_\_, **DECLARO** libre y voluntariamente lo siguiente: **PRIMERO:** Que autorizo la participación del menor de nombre \_\_\_\_\_ quien cursa el \_\_\_\_\_ nivel en el Colegio \_\_\_\_\_, a participar en el Programa (*El Programa*) siguiente \_\_\_\_\_ que se realizará en la Fundación Grupo Puntacana (FGPC) en las fechas indicadas a continuación \_\_\_\_\_. **SEGUNDO:** Que reconozco que he decidido autorizar la Participación de dicho menor de manera libre y voluntaria, aceptando de manera formal y expresa los términos y condiciones que figuran al dorso de este documento. **TERCERO:** Que me comprometo a indicar y escribir en el presente con mi puño y letra, en caso de que dicho menor sea alérgico a alguna planta, condición o medicamento. **CUARTO:** En caso de que dicho menor requiera tratamiento médico, AUTORIZO a que sea trasladado a un centro médico u hospital, asumiendo quien suscribe la responsabilidad de pagar los gastos en que se incurra. **QUINTO:** Certifico que soy el padre / madre o tutor legal del menor arriba mencionado, que he leído el presente documento y que lo acepto sin reservas, otorgando mi consentimiento a todas las acciones previstas en el presente documento.

INFORMACION DEL PADRE-MADRE O TUTOR	
Firma del padre / madre o tutor:	
Teléfonos:	
E-mail:	
Dirección:	
Fecha:	