



Comisión Nacional de Investigación
Científica y Tecnológica - CONICYT

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDADES Y TRASPASO DE ESTAS RESPONSABILIDADES A LOS VISITANTES

Habiendo solicitado y obtenido del Director del Programa de Astronomía de CONICYT, la debida autorización para ingresar al Sitio del Parque Astronómico de Atacama, por este acto, hago la siguiente declaración y asumo los siguientes compromisos:

1. He sido informado que el Proyecto Parque Astronómico de Atacama, dirigido por el Programa de Astronomía de CONICYT está ubicado en un nivel de altura sobre el nivel del mar de 3.000 a 5.700 metros, y yo acuerdo asumir cualquier riesgo eventual en mi salud y por lo tanto asumo.
2. También declaro que estoy consciente que visitar el Parque Astronómico de Atacama, puede poner en peligro mi salud. Estos riesgos pueden resultar de eventos naturales o del área en sí, su ubicación, o de error humano o negligencia de personas que han programado u organizado sus actividades llevadas a cabo en el Sitio. Además declaro que he leído la información médica proporcionada por CONICYT, respecto a los peligros de salud derivados de visitas a lugares de gran altitud.
3. Que, como resultado de estos riesgos potenciales, Yo, en mi calidad de visitante autorizado, estoy consciente de que puedo sufrir daños en mi cuerpo (heridas) o enfermedades serias, que me pueden llevar, incluso a la muerte.
4. Declaro que he sido informado acerca de la conveniencia de someterme a un examen médico, antes de mi visita al Parque Astronómico de Atacama, con el fin de asegurar que yo no padezco de ningún impedimento que pudiese hacer mi estadía, bajo gran altitud, una situación peligrosa.
5. Yo, por lo tanto declaro que, no sufro de ningún impedimento físico o de salud que me impida hacer una visita a un sitio ubicado a gran altura, particularmente a la altura en donde se ubica el Parque Astronómico de Atacama
6. Estoy de acuerdo en que es de mi responsabilidad leer y estar de acuerdo con todas las normas de protección y seguridad y las instrucciones entregadas verbalmente, o por escrito, por el personal del Programa de Astronomía de CONICYT.
7. Por lo tanto, yo acepto permanecer en este lugar con todas sus normas, reglas y todas las instrucciones respecto a la Seguridad y Protección mencionadas en los párrafos anteriores. Además, acepto la completa responsabilidad por cualquier resultado o efectos derivados de mi eventual incumplimiento a las normas, reglas e instrucciones.
8. En caso de ocurrir algún accidente o emergencia que podría causar heridas o cualquier tipo de enfermedad, Yo autorizo al personal del Programa de Astronomía de CONICYT, o a la persona a la que se haya delegado esta autoridad, para buscar y tomar todas las medidas de emergencia necesarias.

9. Por medio de este documento, Yo reconozco que he perdido el derecho de tomar cualquier acción, demanda, queja o acción legal de cualquier naturaleza (excepto, cuando se trate de comportamiento falso o negligencia de los encargados del Parque Astronómico de Atacama, su staff, ejecutivos u otras personal) que hayan provocado daño o pérdidas a mi persona, mis recursos, como consecuencia directa de mi visita al Parque Astronómico de Atacama.

10. Yo, por este medio, acepto reparar y/o dejar sin ningún daño al Parque Astronómico de Atacama, sus oficinas, direcciones, ejecutivos, staff, contratistas, cesionarios y personal en general, por cualquier daño, herida (incluyendo muerte) o pérdidas, de resultado directo o como consecuencia de mi conducta o actividad dentro de las áreas que comprende el Parque Astronómico de Atacama.

11. Yo declaro haber sido informado y aceptado que, yo o cualquier activo bajo mi control (incluyendo vehículos) sean registrados por el personal del Parque Astronómico de Atacama.

12. Yo declaro que he leído cuidadosamente, y estoy consciente de todas las declaraciones, obligaciones o dispensas de responsabilidad incluidas en este documento y conozco las consecuencias legales que pueden resultar del mismo. Estoy de acuerdo y firmo este documento por mi propio deseo y de manera responsable.

Este documento será válido por un año, a partir de la fecha de su firma.

NOMBRE.

Nº DE CARNET DE IDENTIDAD.

EMPRESA.

TELEFONO:

DIRECCIÓN

FECHA:

FIRMA.