DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDADES

El/la firmante suscribe y reconoce lo siguiente:

• Tengo 18 años o más.
• He recibido, leído y entiendo las Instrucciones de Seguridad y Salubridad para visitantes del Observatorio Las Campanas y de las instalaciones de la Carnegie Institution of Washington.
• Seguiré las pautas y todas las instrucciones de mis anfitriones, sin cuestionarlas.
• Deseo visitar el Observatorio Las Campanas o las instalaciones a su cargo, y entiendo que al hacerlo, puedo estar expuesto a riesgo de daño físico, enfermedad y/o muerte.
• Tengo buena salud y puedo participar plenamente en la visita al Observatorio Las Campanas o las instalaciones a su cargo.
• Acepto voluntariamente todos los riesgos inherentes a mi visita al Observatorio Las Campanas o las instalaciones a su cargo, ya sea que tales riesgos me hayan sido revelados o no.

Exoneración de responsabilidad:

Me doy por informado que Carnegie Institution of Washington es una Organización Internacional científica y sin fines de lucro, a quien el Gobierno de Chile ha otorgado inmunidad de jurisdicción, que incluye a todo su personal, y que no renuncian a ella, de manera expresa o tácita.

Nombre (letra imprenta): _____

Dirección (letra imprenta): _____

Pasaporte o cédula de identidad: _____

Fecha: _ _ / _ _ / _ _ _ _

_____
Firma

Si el Visitante es menor de 18 años,

Nombre del padre, madre o tutor (letra imprenta):