



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):				Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Γνωρίζω και αποδέχομαι συνειδητά ότι οι αθλητικοί αγώνες τριάθλου απαιτούν έντονη σωματική και ψυχική καταπόνηση, ότι διεξάγονται σε θαλάσσιο, παράλιο και χερσαίο περιβάλλον, ενδεχομένως υπό ακραίες καιρικές συνθήκες και, εν γένει, ότι πρόκειται για ιδιαίτερα απαιτητικούς αγώνες με σωματική, πνευματική και ψυχική προσπάθεια.

Δηλώνω ότι έχω συμπληρώσει το 18ο έτος της ηλικίας μου και έχω λάβει γνώση των κανονισμών – όρων συμμετοχής και οδηγιών του αγώνα και τους αποδέχομαι πλήρως. Επίσης, δηλώνω ότι είμαι απόλυτα υγιής, έχω πρόσφατη ιατρική βεβαίωση καλής υγείας και καλής φυσικής κατάστασης, όπως απαιτείται για τη συμμετοχή μου σε τέτοιου είδους αγωνίσματα και δεν πάσχω από κανενός είδους παθολογικό – ιατρικό νόσημα ή ασθένεια ή πρόβλημα, το οποίο θα μπορούσε να επιδεινωθεί με τη συμμετοχή μου στους αγώνες. Επιπλέον, δηλώνω ότι γνωρίζω άριστα κολύμπι και είμαι σε καλή φυσική κατάσταση.

Ως εκ τούτου, δηλώνω ότι συμμετέχω στην αθλητική διοργάνωση – αγώνα της «TRANSITION SPORTS» με αποκλειστικά δική μου ευθύνη και παραιτούμαι ατομικά και για λογαριασμό των εκ του Νόμου δικαιούχων μου από κάθε σχετική αξίωση ή/και αποζημίωση σε περίπτωση τραυματισμού ή εν γένει βλάβη της υγείας μου πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά το τέλος του αγώνα έναντι της διοργανώτριας εταιρίας με την επωνυμία «TRANSITION SPORTS» καθώς και οιοδήποτε άλλου φυσικού προσώπου, εργαζομένου ή/και εθελοντή ή/και προστηθέντα αυτής.

Σε περίπτωση ανάγκης ιατρικής περίθαλψης που τυχόν προκύψει κατά την συμμετοχή μου στον αγώνα, με την παρούσα δήλωση μου εξουσιοδοτώ την Οργανωτική Επιτροπή **να προβούν στα απαραίτητα μέτρα και ενέργειες, συμπεριλαμβανομένης και της εισαγωγής μου σε νοσοκομείο**, εφόσον κριθεί



απαραίτητη, για να προστατευτεί η υγεία και η ζωή μου.

Τέλος, αφού ενημερώθηκα σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, με πλήρη επίγνωση των όσων δηλώνω, δίνω ελεύθερα με την παρούσα δήλωσή μου τη ρητή μου συγκατάθεση προς τη διοργανώτρια εταιρεία «TRANSITION SPORTS» για την επεξεργασία εκ μέρους της των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα εμού, ήτοι, και πλέον συγκεκριμένα επιτρέπω να χρησιμοποιηθεί – δημοσιευθεί το όνομά μου, φωτογραφία μου, βίντεο κλπ. από τους διοργανωτές για διαφημιστικούς - προωθητικούς σκοπούς των αγώνων.

Ημερομηνία:

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΘΛΗΤΗ

ΟΝ ΟΜΑ:
ΕΠΩΝΥΜΟ:
ΠΑ ΤΡΩΝΥΜΟ:
Α.Δ .Τ:

Βεβαιώνω ενυπόγραφα, ότι ο/η παραπάνω αθλητής/ρια, αφού υποβλήθηκε στις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις και με βάση το ιατρικό ιστορικό που μου παρουσίασε, είναι ικανός/ή να συμ μετάσχει στη σειρά αγώνων που διοργανώνει η Transition Sports για το έτος 2022.

Σε κάθε περίπτωση, ο/η παραπάνω αθλητής/ρια είναι απόλυτα υπεύθυνος/η για την υγεία και τη σωματική του ακεραιότητα, δεδομένων των απαιτήσεων και των ιδιαιτεροτήτων ενός τέτοιου

... /... /....

Ο/Η Ιατρός
(Υπογραφή – Σφραγίδα)