

**DECLARACIÓN ESPECIAL DE INGRESO HONGOS PSILOCIBIOS
ASOCIACIÓN FUNGI DISPENSARIUM**

Yo, _____,
cédula nacional de identidad _____,
fecha de nacimiento _____,
estado civil _____, de
profesión u oficio _____, con
domicilio en _____,
comuna de _____, ciudad de _____, correo
electrónico _____, teléfono
móvil _____,
diagnosticado/a con _____,
por este acto y por el presente instrumento, **VENGO EN DECLARAR QUE:**

PRIMERO: Debido a mi condición, y con el afán de mejorar mi calidad de vida, **soy usuario medicinal de hongos psilocibios** desde hace _____ meses. Además, declaro que estoy al tanto de que este tratamiento lo debo seguir bajo supervisión médica, razón por la cual, cuento con una receta médica emitida por mi médico tratante, la cual adjunto en esta presentación, documento que justifica mi consumo de tipo médico hasta la cantidad de _____ gramos mensuales de hongos psilocibios, como máximo. La presente receta médica se encuentra vigente hasta la fecha de _____, el cual ha sido otorgado por mi médico tratante don _____, cédula nacional de identidad número _____, domiciliado en _____, comuna _____ de _____, ciudad de _____.

SEGUNDO: **TENIENDO PLENO CONOCIMIENTO** del fallo Rol de Ingreso N° 4949-2015 pronunciado con fecha 04 de junio del año 2015 por nuestra Excelentísima Corte Suprema de Justicia y, sobre todo, de la sentencia pronunciada el día 15 de enero del año 2020 por el Tribunal del Juicio Oral en lo Penal de San Bernardo en causa **RIT N° 236-2019, R.U.C. N° 1700500087-4**, confirmada a su vez por la Ilustrísima Corte de Apelaciones de San Miguel con el Rol de Ingreso N° 233-2020 mediante pronunciamiento de fecha 24 de febrero del año 2020, EN CONCORDANCIA ADEMÁS CON LOS ARTÍCULOS 1, 4, 6, 8 y 50 INC. FINAL DE LA LEY 20.000, **VENGO EN MANIFESTAR MI VOLUNTAD DE SER MIEMBRO ACTIVO DE LA ASOCIACIÓN FUNGI DISPENSARIUM**, en adelante **MI ASOCIACIÓN**, a la que pertenezco desde el momento en que realizo la presente declaración, por lo tanto, en este acto, me comprometo a respetar y cumplir con la Legislación Vigente, los Estatutos, el Reglamento Interno y toda otra Normativa Interna y demás Acuerdos de **MI ASOCIACIÓN**, la cual goza de la Personalidad Jurídica N° 368.812 otorgada con fecha 12 de septiembre de 2024 por el Servicio de Registro Civil e Identificación, e inscrita ante el Servicio de Impuestos Internos con el RUT SII N° 65.239.493-0, con domicilio en La Capitanía 80, oficina 108, de

DECLARACIÓN ESPECIAL DE INGRESO HONGOS PSILOCIBIOS ASOCIACIÓN FUNGI DISPENSARIUM

la comuna de Las Condes, ciudad de Santiago, Región Metropolitana, representada legalmente por la Presidente del Directorio de esta comunidad doña Claudia Francisca Vaisman Angulo, cédula nacional de identidad N° 10.682.406-1, Terapeuta Especializada y Diseñadora, del mismo domicilio que la Asociación.

TERCERO: Vengo en hacer presente que, por motivos de seguridad, el acceso a nuestro **Cultivo Colectivo Privado de Hongos Psilocibios Medicinales** se encuentra restringido solo a los miembros que el Directorio, democráticamente electo, permita, razón por la cual **AUTORIZO** al Directorio de **MI ASOCIACIÓN**, **para que en mi nombre y representación**, y en su rol de administrador de esta, **SIEMBRE, CULTIVE, COSECHE, GUARDE, CONSERVE, ANALICE, TRANSPORTE**, mis hongos psilocibios para mi uso personal, exclusivo, próximo en el tiempo y de carácter médico, **y en el caso de ser necesario, también tenga facultades para ENTREGAR mi medicina en mi domicilio particular ya señalado**, todo de acuerdo a Nuestra Constitución, la Legislación Vigente, los Estatutos, el Reglamento Interno y demás normativa y acuerdos de **MI ASOCIACIÓN**, así como por lo señalado en los pronunciamientos de nuestros Tribunales de Justicia.

CUARTO: Ahora, de acuerdo a mi receta médica ya determinada, vengo en pactar mi cuota sobre la **Previsión de Consumo Medicinal Mensual por la cantidad de _____** gramos mensuales.

QUINTO: En virtud de mi soberanía individual esencial y bajo mi responsabilidad vengo en **SOLICITAR** y en **FACULTAR** expresamente al Directorio de **MI ASOCIACIÓN** para que, en el caso que sea necesario, transforme mi materia fúngica exclusiva en preparados medicinales de todo tipo, ya sean, aceites, tinturas, ungüentos y/o pomadas, de acuerdo con las indicaciones de mi médico tratante, y, también, para que pueda preparar todo tipo de subproductos con mezclas que potencien los efectos beneficiosos y terapéuticos de mi materia fúngica de acuerdo a los estudios existentes, como el cacao, generando chocolates fúngicos o comestibles fúngicos terapéuticos, y toda otra transformación y/o mezcla que tengan por finalidad mejorar mi calidad de vida, principal finalidad de esta, **MI ASOCIACIÓN**.

SEXTO: En virtud de mi soberanía individual esencial, bajo mi exclusiva responsabilidad y atendiendo a las circunstancias particulares de mi caso, vengo en **SOLICITAR** y en **FACULTAR** expresamente al Directorio de **MI ASOCIACIÓN** para que, en el caso que sea necesario, pueda proporcionarme la totalidad de mis hongos psilocibios medicinales estipulada en mi receta médica, ya determinada, correspondiente a la cantidad de _____ gramos, lo que cubre la totalidad de mi tratamiento médico equivalente a _____ meses. Así mismo, me comprometo a cumplir con la debida confidencialidad y exclusividad, ya para no divulgar

DECLARACIÓN ESPECIAL DE INGRESO HONGOS PSILOCIBIOS ASOCIACIÓN FUNGI DISPENSARIUM

información de MI ASOCIACIÓN con terceros, ya para no inscribirme (bajo pretexto del presente tratamiento médico con la receta ya determinada) en otra organización de características similares al mismo tiempo, con el objeto de evitar perjuicios en mi calidad de vida y en la Salud Pública (cualquier abuso del derecho generará las responsabilidades que establece la ley). De ser necesario inscribirme en otra comunidad de fines similares, me comprometo a solicitar mi desafiliación de esta Asociación.

SÉPTIMO: Vengo en hacer presente que, además, **AUTORIZO** al Directorio de **MI ASOCIACIÓN** para que, de ser necesario, pueda utilizar los residuos de mis **Hongos Psilocibios Medicinales** y pueda realizar todo tipo de productos y subproductos de carácter medicinal y pueda también, en el caso de ser posible, llevar a cabo investigaciones y mediciones científicas de carácter medicinal y/o espiritual, con el objeto de perfeccionar el uso de los Hongos Psilocibios como medicina y herramienta de expansión de conciencia, de acuerdo a los criterios adoptados mediante la votación de todos los miembros de **MI ASOCIACIÓN**. EN NINGÚN CASO SE AUTORIZA LA COMERCIALIZACIÓN DE LA SUSTANCIA, NI LA PUESTA EN CIRCULACIÓN DE ESTA PARA EL PÚBLICO, YA QUE ES DE PROPIEDAD EXCLUSIVA DE LOS MIEMBROS ACTIVOS DE **MI ASOCIACIÓN**, ASIMISMO, CADA MIEMBRO ES RESPONSABLE DE QUE SU RETIRO MEDICINAL NO CAIGA EN MANOS DE TERCERAS PERSONAS.

OCTAVO: Por último, **FACULTO** expresamente al Directorio de **MI ASOCIACIÓN** para que, utilice toda la información y documentación proporcionada por mi persona para el óptimo funcionamiento y respaldo de esta, mí comunidad, y, en caso de ser necesario, ejerza todas las acciones legales que sean pertinentes en beneficio de nuestra comunidad y que me notifiquen cualquier resolución o información al correo electrónico señalado en el presente documento.

En _____, a _____

NOMBRE, RUT Y FIRMA

Toda información y documentación es proporcionada voluntariamente por el miembro activo y será para el uso exclusivo del directorio y de las personas que este directorio autorice para manejar la base de datos con el sólo objetivo de respaldar el correcto funcionamiento de esta Asociación. Ningún miembro activo de la comunidad podrá acceder a los datos de otro miembro activo, salvo en el caso que este preste servicios efectivos a la Asociación. SU PRIVACIDAD ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.