

Certifico que el paciente

.....
DNI Nro:..... de años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y de acuerdo al resultado del mismo, se encuentra apto para tomar parte de la competencia de trail running denominada CIRCUITO DE LAS ESTANCIAS 2022, en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia y afrontar el esfuerzo que supone la participación de carrera en el evento indicado. Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo el presente en la ciudad de el día del mes de..... de 2022

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Firma y sello del Médico E

CIRCUITO DE LAS ESTANCIAS