



## CERTIFICADO MÉDICO

(Presentación obligatoria para retirar el número de corredor)

Apellido y nombre del corredor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

Por la presente, certifico que \_\_\_\_\_  
de \_\_\_\_\_ años, DNI \_\_\_\_\_, fue evaluado clínica y  
cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas  
complementarias correspondientes.

En función de la interpretación de los exámenes, se determina que  
no posee patología que implique riesgo para realizar actividad  
deportiva de alto rendimiento, tal como intervenir en el Desafío  
2790 - Champaquí Marathon MTB, a disputarse el 13 de marzo de  
2022.

\_\_\_\_\_  
Sello y firma del médico