

48 HS URUGUAY NATURAL 2019

CERTIFICADO MÉDICO



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 participar de la competencia denominada **48 HS URUGUAY NATURAL** en la modalidad _____ horas. En tanto no evidencia signo de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo que le pueda impedir realizar actividad física de alta exigencia y afrontar el esfuerzo que supone la participación 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 20 _____.

Observaciones:

Firma del participante:

Aclaración:

DNI Nro:

Firma y Sello del médico