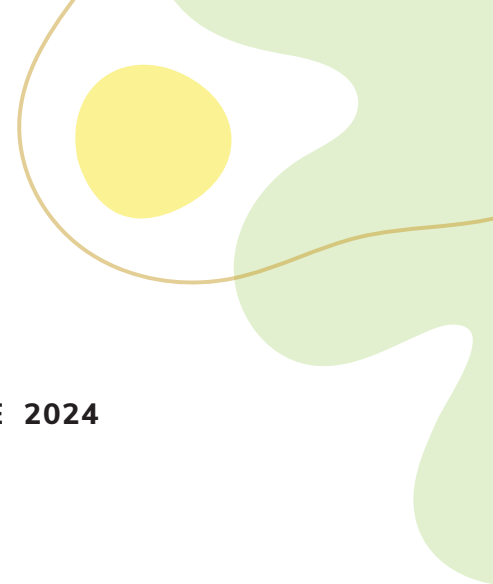




MENDIOLAZA
MUNICIPALIDAD



CERTIFICADO MÉDICO | MENDIOLAZA CORRE 2024

Por medio de la presente, certifico que el
paciente.....con
DNI 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 de mencionado examen, se encuentra apto para tomar parte de
la competencia Cross Runnig, **MENDIOLAZA CORRE 2024** 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 las distancias comprendidas, que comprende el
evento previamente mencionado.

Extiendo el presente certificado en la ciudad
de.....el día del mes de
..... de 2024 para ser presentado ante la organización de
Mendiolaza Corre 2024.

Firma del Participante: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Firma y sello del Médico: _____



Av. Malvinas 285 - (C.P. 5107)
Mendiolaza, Córdoba.



(03543) 644801 / 644696



MENDIOLAZA
CIUDAD