



MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO

PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA **ULTRA FALCOTRAIL** 2019

Dr./Dra. _____

Nº de colegiado _____ con dirección

en _____

_____ código postal (C.P) _____ y

Población _____ (_____).

CERTIFICA HABER EXAMINADO EN EL DÍA DE LA FECHA

A LA SRA./EL SR., Nombre _____

Apellidos _____

Nacido en _____ (_____), el día ____/____/____

DNI _____ - _____

**Y NO haber constatado actualmente ninguna
contraindicación para la práctica de la carrera a pie de
larga distancia por montaña, así como su participación
en la ULTRA FALCOTRAIL 2019.**

El Facultativo

En _____ a _____ de _____ de 2019

(Fecha de la expedición)