

**MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO****PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA ULTRA FALCOTRAIL 2023**

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 2023.**

El Facultativo

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

(Fecha de la expedición)