



### **CERTIFICADO MÉDICO**

Por la presente certifico que .....de  
..... años, DNI ..... fue evaluado/a clínica y  
cardiovascularmente y se le realizaron la 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 la 1° edición de DESAFÍO LOS REARTES,  
carrera de ciclismo de montaña, que se disputará en Los Reartes, provincia de  
Córdoba, república Argentina, los días 18, 19, 20 y 21 de febrero de 2023. -----

Sello y firma del Médico

Lugar y fecha: