

## APTO MÉDICO

Por la presente dejo constancia de haber examinado clínicamente a \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de  
edad y que se encuentra APTO físicamente para participar en la carrera de calle "UNSTA YERBA  
BUENA" en la distancia de \_\_\_\_\_ km.

Se extiende el presente certificado en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ -  
del mes de \_\_\_\_\_ de 2024 para ser presentado ante los organizadores del evento.

Observaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma y DNI del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico