



## MODELO DE CERTIFICADO MÉDICO

PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA **ULTRA FALCOTRAIL 2024**

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 2024.**

El Facultativo

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

(Fecha de la expedición)