APTO MÉDICO

Por la presente certifico que el Sr./ la Sra. .....de ..... años de edad, DNI N°……., que correrá la distancia de ……km, fue evaluado/a clínica y cardiovascularmente y se le realizaron la pruebas complementarias y análisis médicos correspondientes. En función de la interpretación de los exámenes realizados se determina que no posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva de alto rendimiento, para participar en el evento "*DESAFIO CURA BROCHERO - 2027*", competencia de ciclismo de montaña que se disputará en el Valle de Traslasierra (San Pedro, Villa Sarmiento,, Villa Cura Brochero, Comunas de Sauce Arriba, Ciénaga de Allende, Altautina, Panaholma, San Lorenzo, y Tasma) en la provincia de Córdoba, el 27 y 28 de febrero de 2027.

Informe del electrocardiograma:

_____

Sello, firma del médico y fecha