

**CERTIFICADO MÉDICO DE PARTICIPACIÓN PARA
ULTRA COMASAGUA – UTCOM®**

26 de Septiembre de 2021

DATOS DEL CORREDOR

Nombres: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / _____

Por medio del presente declaro, con fecha ____ / ____ / _____ que el Sr(a). _____
_____, con identificación de DUI o pasaporte # _____
se encuentra médicamente apto(a) para participar en el evento deportivo Ultra Trail Comasagua®,
en la distancia de 50 kilómetros. Por lo que estaría capacitado física y mentalmente para enfrentar
las exigencias de la prueba, considerando todos los riesgos e implicaciones de la misma.

Firma del Médico

MÉDICO TRATANTE

Dr. Nombre del Médico: _____

Número de licencia o matrícula: _____

Especialidad: _____

Ciudad: _____ Departamento/Estado: _____

País: _____

Firma Participante

Sello del Médico