

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA
GRAN FONDO CARLOS PAZ · CÓRDOBA 2026**

Por la presente certifico que el/la Sr./Sra. _____
de _____ años de edad, DNI N° _____, participante de la distancia **108km / 38km**
(tachar lo que no corresponda) del evento GRAN FONDO CARLOS PAZ · CÓRDOBA 2026, ha sido evaluado/a
clínica y cardiovascularmente, realizándose los estudios, controles y exámenes médicos correspondientes.

De acuerdo con la valoración médica efectuada y la interpretación de los estudios realizados, no presenta
patologías ni contraindicaciones médicas que impliquen riesgo para la práctica de actividad física intensa o
deportiva de resistencia, encontrándose APTO/A para participar en el evento ciclista GRAN FONDO CARLOS
PAZ · CÓRDOBA 2026, que se desarrollará el día 8 de noviembre de 2026 en la ciudad de Villa Carlos Paz,
Provincia de Córdoba, República Argentina.

El presente certificado se extiende a solicitud del interesado para ser presentado ante la Organización del evento.

Informe del Electrocardiograma:

Observaciones:

Lugar y Fecha: _____

Firma y Sello del Médico