



[MOD 09]

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ATLETA IPERTESO PER IDONEITA' AGONISTICA/NON AGONISTICA

Il sottoscritto
Nato a il
Residente in Via/Piazza n°
CAP

Si impegna a seguire, rispettando in modo completo la prescrizione del medico,
la terapia anti - ipertensiva prescritta.

Il mancato rispetto delle indicazioni terapeutiche stesse, renderà NON VALIDA
la certificazione di idoneità rilasciata dallo Specialista.

In fede

Parma