



[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 .....