

**CERTIFICAZIONE ALL'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA PER ATLETI AGONISTI IN
TERAPIA PER DIABETE MELLITO INSULINO DIPENDENTE O EPILESSIA**

Luogo e Data _____

Con la presente il sottoscritto Dr. _____

specialista in _____

DICHIARA

che il/la Sig./Sig.ra _____

nata a _____

il giorno _____

residente a _____

può praticare a livello agonistico lo sport _____

nonostante sia in terapia per _____

con i seguenti farmaci: _____

In fede
