

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A SEGNO

Cognome e nome

Nato a il

Residente nel Comune di

Loc/Fraz

Via.....n°.....

n. iscrizione al S.S.N.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche. Egli, allo stato attuale, non risulta affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere.

..... il

timbro e firma del medico