

CERTIFICATO MEDICO IDONEITÀ ALL'ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A SEGNO

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ il _____

RESIDENTE A _____

N° DI 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.

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 presente certificato ha validità ANNUALE dalla data di rilascio.

_____, li _____

Timbro e firma
(medico di famiglia o di mbase\pediatra
convenzionato con la ASL)