

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

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ via _____

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 presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____ li _____

timbro e firma

(medico di famiglia o di base/pediatra convenzionato con le ASL)