

***CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DI SPORT NON AGONISTICO
DEL TIRO A SEGNO***

Cognome : _____, Nome : _____

Nato a : _____, il _____

Residente a : _____, Provincia : _____,

in Via : _____, N°: _____:

Codice Fiscale : _____;

Numero di iscrizione a S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale): _____;

Documento di riconoscimento : _____, N° : _____,

rilasciato da : _____, il _____, con scadenza il _____.

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 del tiro a segno.

Egli, allo stato attuale, non risulta essere affetto da squilibri mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, le capacità di intendere e di volere, ossia non risulti l'assunzione, anche occasionale, di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data : _____

Timbro e Firma