

**CERTIFICATO D' IDONEITA' ALL'ESERCIZIO
DELLO SPORT DEL TIRO A SEGNO**

COGNOME: _____

NOME: _____

NATO/A: _____ PROVINCIA DI (____)

IN DATA: _____ DOMICILIATO IN: _____

PROVINCIA DI _____ VIA _____

AL NR. _____ CODICE FISCALE _____

NR. DI ISCRIZIONE AL S.S.N. _____

IL SUDDETTO, SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA DA ME EFFETTUATA, RISULTA IN STATO DI BUONA SALUTE E NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTA DEL **TIRO A SEGNO**.

ALLO STATO ATTUALE, NON RISULTA AFFETTO DA MALATTIE MENTALI O DA VIZI CHE NE DIMINUISCONO, ANCHE TEMPORANEAMENTE LA CAPACITA' DI INTENDERE E DI VOLERE.

IL CERTIFICATO HA VALIDITA' UN ANNO DALLA DATA DI RILASCIO.

_____ , _____

TIMBRO E FIRMA
