

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

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

NR. 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 del rilascio.

_____ il _____

Timbro e Firma
*medico di famiglia o di base/pediatra
convenzionato con le A.S.L.*