

# CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLO SPORT NON AGONISTICO DEL TIRO A SEGNO

SI CERTIFICA CHE

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

VIA/PIAZZA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Allo stato attuale non è affetto/a da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, le capacità di intendere e di volere, ovvero non risulta assumere, anche occasionalmente, sostanze stupefacenti o psicotrope e non abusa di sostanze alcoliche.

Sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica non agonistica dello sport del tiro a segno.

Il presente certificato ha la durata di anni uno (1).

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA DEL  
MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_