

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

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente _____

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 sportiva del tiro a segno. Allo stato attuale, non risulta affetto da malattie mentali oppure da vizi che ne diminuiscano anche temporaneamente la capacità di intendere e di volere, ovvero non risulti assumere, anche occasionalmente, sostanze stupefacenti o psicotrope ovvero abusare di alcool.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data _____

IL MEDICO

(Timbro e firma)