

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

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____

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 di attività sportive non agonistiche. Egli, allo stato attuale, non risulta affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere.

Per quanto sopra si giudica il / la richiedente idoneo/ a all'esercizio del Tiro a Segno

DATA _____

IL MEDICO

timbro e firma
(medico di famiglia o di base/pediatra
convenzionato con le A.S.L.)