

**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALL'ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A
SEGNO CON UTILIZZO DI ARMI DA FUOCO E DA SPARO**

(cognome)

(nome)

Nat_ a _____ il _____

Residente a: _____

Via _____

N. ISCRIZIONE AL S.S.N. _____

Il soggetto, sulla base della visita medica 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 o di volere.

_____ il _____

Timbro e firma

(medico di famiglia o di base/pediatra

Convenzionato con le ASL)

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il dichiarante
