

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

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente in _____ CAP _____

Via/Piazza _____ Civ. _____ / _____

Cod. Fiscale _____

n° iscrizione al S.S.N. _____

Si Certifica che 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; Non risulta essere dedito all'uso di sostanze alcoliche o di droghe.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data _____

Timbro e firma
(medico di famiglia o di base/pediatra
convenzionato con le ASL)