

# Certificato di idoneità all'esercizio dello sport del tiro a segno

Il Sig./la S.ra \_\_\_\_\_

luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

domiciliato in \_\_\_\_\_ alla via/p.zza \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA  
DEL MEDICO