

CERTIFICATO D'IDONEITÀ PSICOFISICA  
PER  
L'ESERCIZIO DEL TIRO A SEGNO

Certifico che \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_

Numero di iscrizione al S.S.N. \_\_\_\_\_

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.

Il richiedente è idoneo all'esercizio del tiro a segno e non è affetto da malattie mentali oppure da vizi che ne diminuiscono, anche temporaneamente, la capacità di intendere o di volere.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio

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

In fede  
( timbro e firma )