

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)