

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

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

NR. ISCRIZIONE AL S.S.N. \_\_\_\_\_

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

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma**  
*medico di famiglia o di base/pediatra*  
*convenzionato con le A.S.L.*