

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' FISICA PER TIRO A SEGNO

Si certifica che il/la Sig./ra
nato/a a
residente a
in via/piazza
Iscrizione al S.S.N. n.

il

n.

sulla base della visita medica da me effettuata e ai dati anamnestici in mio possesso, risulta in stato di buona salute per la pratica di attività sportiva non agonistica di tiro a segno e non presenta controindicazioni all'uso delle armi finalizzate alla pratica di attività addestrativa di tiro a segno.

Egli/Ella allo stato attuale non risulta affetto/a da malattie mentali o da vizi che diminuiscono, anche temporaneamente, la capacità di intendere e volere, ovvero non risulti assumere, anche occasionalmente, sostanze stupefacenti o psicotrope ovvero abusare di alcol, così come previsto dal D.M. 28 aprile 1998.

Data,

IL MEDICO

Timbro, firma e n. di codifica