

**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' FISICA
PER LO SPORT DEL TIRO A SEGNO NON AGONISTICO**

Si certifica che il/la Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
documento di riconoscimento _____ n° _____
rilasciato il _____ da _____

non è affetto/a da malattie mentali o da vizi che possano diminuire anche temporaneamente la capacità di intendere e volere.

Per quanto sopra si giudica il/la richiedente idoneo/a all'esercizio dello Sport del Tiro a Segno non agonistico.

Il Medico
(timbro, firma e n° di codice)

Data _____

N.B.: Il presente certificato è ad uso esclusivo per gli iscritti volontari e per il tesseramento all'Unione Italiana Tiro a Segno.