

# CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITÀ GENERICA ALL' ESERCIZIO DEL TIRO A SEGNO

Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_

N. iscrizione S.S.N.: \_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata e dai dati anamnestici in mio possesso, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto all'esercizio del Tiro a Segno.

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

Timbro e firma

(Medico di famiglia o di base/pediatra convenzionato con l'APSS)