

TIRO A SEGNO NAZIONALE SEZIONE di NEGRAR
Associazione Sportiva Dilettantistica

CERTIFICATO MEDICO D' IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
PER L'ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A SEGNO

(Da presentare entro 3 [tre] mesi dalla data di rilascio)

Cognome:

Nome:

Nato a: **il**

Residente a:

Via / Piazza: **n.**

Codice Fiscale

N. 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 per l'esercizio del Tiro a Segno NON AGONISTICO.

Egli, allo stato attuale, non risulta affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e volere, che non fa uso di sostanze stupefacenti e/o abuso di alcool.

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.

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il dichiarante