

Tiro a Segno Nazionale

Sezione di Perugia

Via Borgo XX Giugno 28

06121 Perugia

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' GENERICA ALL'ESERCIZIO DEL TIRO A SEGNO

Cognome _____

Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Codice fiscale _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica non agonistica dello sport del Tiro a Segno. Egli allo stato attuale non risulta affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, le capacità di intendere e di volere tali da controindicare l'uso delle armi.

_____ li _____

Timbro e firma

(medico di famiglia o di base / pediatra convenzionato con le ASL)