

**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' PSICOFISICA ALL'ESERCIZIO DELLO  
SPORT  
DEL TIRO A SEGNO**

COGNOME.....NOME.....

NATO A.....IL.....

RESIDENTE A.....VIA.....

CODICE FISCALE.....N. ISCRIZ. 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 non agonistiche.

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

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

....., lì.....

Timbro e firma  
Medico di base convenzionato ASL

---

Il sottoscritto dichiara di aver fornito al proprio medico dichiarazioni veritiere in merito ai dati anamnestici di cui sopra, consapevole delle sanzioni a cui incorre in caso di infedele dichiarazione.

Il Dichiarante, in fede.....