

**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA'  
SPORTIVA NON AGONISTICA**

\_\_\_\_\_

( cognome )

( nome )

Nat\_a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_

Certifico che la persona di cui sopra indicata è idonea all'esercizio del tiro a segno **NON AGONISTICO** e che non è affetta da malattie mentali oppure da vizi che ne diminuiscono, anche temporaneamente la capacità di intendere e di volere, di non far uso di sostanze stupefacenti o abuso di alcool.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( timbro e firma del medico )