

AL
TIRO A SEGNO NAZIONALE SEZ. DI AVIGLIANA

CERTIFICATO MEDICO

CERTIFICO CHE _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

ISCRIZIONE AL S.S.N. N° _____

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.

Il richiedente è esente da malattie mentali oppure da vizi che ne diminuiscono, anche temporaneamente, la capacità di intendere o di volere e non fa uso di sostanze stupefacenti o abuso di alcool.

Luogo _____ il _____

In fede

(timbro e firma)