

Dott. **Nome e Cognome del medico**

Medico chirurgo

Via **Indirizzo del medico**

Tel: **recapiti telefonici del medico**

_____ ; lì _____

Certifico che: _____ nato a
_____ il _____ residente a
_____ codice fiscale n.

_____ non è affetto da malattie mentali oppure da vizi
che ne diminuiscano, anche temporaneamente, le capacità di intendere e di volere.
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 di
Tiro a Segno.

In fede

Firma e Timbro del Medico