

Certificazione medica per attività sportiva di Tiro a Segno

Si certifica che il sig.

nato a (.....) il / /

residente a

in viaN°

Codice fiscale..... , ASL n°

Sulla base della visita medica da me effettuata e dell'anamnesi, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica d'attività sportive non agonistiche.

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

In fede.

_____, li

Il Medico

.....