

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Certifico che:

il Sig. _____

nato a _____ il _____

residente a _____

in via _____ n° _____

codice fiscale n. _____

non è affetto da malattie mentali oppure da vizi che ne diminuiscono, anche temporaneamente, le capacità di intendere e 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.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

In fede

_____ lì _____

(Timbro e firma del medico)