

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ' ALLA ATTIVITA' SPORTIVA
NON AGONISTICA DELLO
SPORT DEL TIRO A SEGNO**

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

N° iscrizione al S.S.N. _____

Si attesta che la persona in oggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto **alla pratica di attività non agonistica di Tiro a Segno.**

_____, lì _____

(medico di fiducia/famiglia)