

## **CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE**

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.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

In fede

\_\_\_\_\_ ; lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)