

Timbro lineare  
del Medico curante

**CERTIFICATO MEDICO GENERICO  
PER ATTIVITA' DI TIRO A SEGNO  
(ATTIVITA' NON AGONISTICA)**

*Si certifica che il Signor \_\_\_\_\_*

*nato a \_\_\_\_\_*

*prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_*

*in Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_*

*sulla base della visita medica da me effettuata, risulta di sana e robusta  
costituzione fisica, e non presenta, al momento, segni di alterazione  
patologiche di ordine mentale, di vizi o assunzione di sostanze alcoliche,  
psicotropiche e stupefacenti, che diminuiscano, anche solo temporaneamente, la  
capacità di intendere e di volere.*

*Non presenta, pertanto, controindicazioni allo svolgimento di attività sportive  
non agonistiche di tiro a segno.*

*Lucera, \_\_\_\_\_*

***In fede***

\_\_\_\_\_  
*timbro e firma del Medico*