

## CERTIFICATO MEDICO

Ai fini dell'iscrizione al Tiro a Segno Nazionale, si dichiara che:

il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

Il soggetto non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività NON  
AGONISTICA di Tiro a Segno.

Data

\_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del Medico)