

TSN SANSEPOLCRO

Si certifica che il/la Signor/ra _____
nato/a a _____ il ____/____/____
residente in _____ via _____
documento di riconoscimento (tipo e numero) _____
rilasciato il ____/____/____ da _____

NON E' AFFETTO/A da malattie mentali oppure vizi che possano determinare la diminuzione anche temporanea della capacità di intendere e volere.

Per quanto sopra si giudica il/la richiedente **IDONEO/A** all'esercizio del tiro a segno.

Data ____/____/____

Il Medico

(timbro e firma)
