

# 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)

\_\_\_\_\_