

**CERTIFICATO MEDICO
PER IDONEITA' PSICOFISICA
AL VOLO DA DIPORTO O SPORTIVO
(DPR 09/07/2010. n° 133)**

PARTE PRIMA

(a cura dell'interessato)

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Dichiaro di godere di buona salute, di non ricevere alcun trattamento medico e di non avere né sospettare alcuna delle condizioni fisiche elencate nell'Allegato 1 del DPR 09/07/2010 n°133 e di cui ho preso visione.

Data _____

Firma dell'interessato

PARTE SECONDA

(a cura del Medico)

Si certifica che il Sig. _____

Nato a _____ il _____

Possiede i requisiti psicofisici previsti dal DPR 09/07/2010 n°133 ed è pertanto.
IDONEO allo svolgimento dell'attività di volo da diporto o sportivo.

Eventuali prescrizioni: _____

Scadenza validità visita Medica _____

Obbligo di lenti: SI No

Data _____

(Timbro e Firma del Medico)
