

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