

CERTIFICATO MEDICO

PER IDONEITA' PSICOFISICA
AL VOLO DA DIPORTO O SPORTIVO
(DPR 09/07/2010 133)

PARTE PRIMA

(a cura dell'interessato)

Io sottoscritto/a

nato/a a il

DICHIARO di godere di buona salute, **di non avere né sospettare alcuna delle condizioni fisiche e di non ricevere** alcun trattamento medico incompatibili con i requisiti richiesti dall'Allegato I 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 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:

Obbligo di lenti: SI NO

Scadenza validità visita medica:

(Validità 2 anni)

Data: _____

Timbro e Firma del Medico
