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 avere né sospettare alcuna delle condizioni fisiche e di non ricevere alcun trattamento medico incompatibili con i requisiti richiesti dall'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)*

_____