

**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/a _____

Nato/a _____ il _____

DICHIARA

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