

**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 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:

Data \_\_\_\_\_

(Timbro e Firma del Medico)

\_\_\_\_\_