

**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)*

---