

**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