



TIRO A SEGNO NAZIONALE SEZIONE DI BRACCIANO

Per il conseguimento del D.I.M.A. (Diploma di Idoneità Maneggio Armi)

SI DICHIARA CHE

Il Sig. _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ n° _____

Comune di _____ CAP _____

Non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività addestrativa di tiro a segno con armi a fuoco.

Luogo e Data _____

Timbro e firma del medico
