

L'efficacia di qualsiasi copertura assicurativa FIVL/Benacquista-Pianetavolo è GARANTITA ESCLUSIVAMENTE IN PRESENZA del

Certificato Medico per Idoneità Psicofisica al VDS rilasciato ai sensi del DPR 133

- Il certificato deve essere in CORSO DI VALIDITA' (non scaduto) e deve essere:
- rilasciato in uno specifico formato (vedi pagina successiva)
 - rilasciato solo ed esclusivamente da medici con una delle seguenti specializzazioni:
 - Medicina dello Sport (Medico Sportivo),
 - Medicina Aeronautica od Aerospaziale.
 - compilato come da indicazioni nel fac-simile a fondo pagina
 - timbrato dal medico utilizzando un timbro che ne attesti la specializzazione
 - riportare una DATA di "Scadenza validità visita medica" di 2 (DUE) anni.

CERTIFICATO MEDICO
PER IDONEITA' PSICOFISICA
AL VOLO DA DIPORTO O SPORTIVO
(DPR 09/07/2010 n° 133)

il Pilota

PARTE PRIMA
(a cura dell'interessato)

Io sottoscritto **COGNOME NOME**

Nato a **CITTA' (Provincia)** il **DATA NASCITA**

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.

Stessa Data → Data **Data Rilascio Certificato**

Firma dell'interessato

Firma del Pilota

Stessi Dati
quelli
del Pilota

il Medico

PARTE SECONDA
(a cura del Medico)

Si certifica che il Sig. **COGNOME NOME (del Pilota)**

Nato a **CITTA' - Prov. (di nascita del Pilota)** il **DATA (di nascita del Pilota)**

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: in caso di assenza di prescrizioni indicare " NESSUNA "

Scadenza validità visita medica: **GG / MM / AAAA**

Data Rilascio Certificato
+ 2 ANNI !!

Obbligo di lenti: ☐ SI ☐ NO

→ Data **Data Rilascio Certificato**

(Timbro e Firma del Medico)
Timbro del Medico
RIPORTANTE L'INDICAZIONE
DELLA SPECIALIZZAZIONE
tra quelle ammesse al rilascio
di questo tipo di certificato

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)
