

RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE PORTO D'ARMI

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome..... Nome

Data e luogo di nascita Professione

Azienda ASL n. RegioneN° tesserino assistito

	A) Malattie del sistema nervoso (1)	No	Pregressa	In atto
Centrale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periferico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Postumi invalidanti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilessia (2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B) Turbe psichiche (1)			
Da malattie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da traumatismi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-operatorie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da ritardo mentale grave		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da psicosi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Della personalità		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C) Sostanze psicoattive (1)			
Abuso di alcool		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di stupefacenti (3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di sostanze psicotrope (3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipendenza da alcool		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipendenza da stupefacenti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dipendenza da sostanze psicotrope (3)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

.....
luogo e data del rilascio

.....
In fede, il dichiarante

.....
In fede, il medico

Note per la compilazione del certificato anamnestico:

- (1) Barrare con una X le caselle interessate;
- (2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici;
- (3) Specificare le modalità d'uso.

N.B.: Il presente certificato anamnestico è valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto del fucile per uso di caccia ed esercizio del tiro al volo o al porto d'armi per uso difesa personale.