

# 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. .... Regione .....N° tesserino assistito .....

	No	Pregressa	In atto
A) Malattie del sistema nervoso (1)			
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.