

RILASCIO DI AUTORIZZAZIONE AL PORTO D'ARMI

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome Nome

Data e luogo di nascita Professione

USL Regione N. Tesserino sanitario.....

A)	Malattie del sistema nervoso: (1)	NO	PREGRESSE	IN ATTO
	Centrale			
	Periferico			
	Postumi invalidanti			
	Epilessia (2)			
	Altre			

B)	Turbe psichiche: (1)	NO	PREGRESSE	IN ATTO
	Da malattie			
	Da traumatismi			
	Post-operatorie			
	Da ritardo mentale grave			
	Da psicosi			
	Della personalità			

C)	Sostanze Psicoattive: (1)	NO	PREGRESSE	IN ATTO
	Abuso di alcool			
	Uso di stupefacenti (3)			
	Uso di sostanze psicotrope (3)			
	Dipendenza da alcool			
	Dipendenza da stupefacenti(3)			
	Dipendenza da sostanze psicotrope(3)			

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 corretta 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.