

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi al/alla Sig./Sig.ra

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

professione _____

ASL N. _____ Regione _____ Tessera sanitaria N. _____

Malattie del sistema nervoso	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Turbe psichiche	NO	Pregressa	In atto
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 psicosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Della personalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sostanze psicoattive	NO	Pregressa	In atto
Abuso di alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di stupefacenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di sostanze psicotrope	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Luogo e data del rilascio _____

In fede

(Firma leggibile del/della dichiarante)

(Timbro e Firma del Medico)

NB: il presente certificato anamnestico è valido unicamente al fine dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso caccia ed esercizio dello sport del tiro a volo o al porto d'armi per difesa personale.