

CERTIFICATO ANAMNESTICO

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL’AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A VOLO, AL PORTO D’ARMI PER DIFESA PERSONALE

(da redigere da parte del medico di fiducia di cui all’art.25 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833 Istituzione del Servizio sanitario nazionale)

Cognome ..... Nome .....

Data e luogo di nascita ..... / ..... / .....

Numero tessera assistito ..... Professione .....

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"/>
altri	<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 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"/>

SOSTANZE PSICOATTIVE	NO	PREGRESSA	IN ATTO
abuso da 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 sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati di cui sopra, conscio delle sanzioni cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

..... , ..... / ..... / .....

Luogo e data del rilascio

Il dichiarante

Il medico

.....

(timbro e firma)

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico

(1) barrare con una x la casella interessata

(2) indicare la data dell’ultima crisi avuta dai soggetti epilettici

(3) specificare le modalità d’uso

NB: il presente certificato anamnestico è valido unicamente al fine dell’accertamento dei requisiti psico fisici minimi per il rilascio