

## PORTO D'ARMI

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

Si certificano i seguenti dati relativi a :

Cognome	Nome		
Data e luogo di nascita			
Professione			
Azienda USSL n°	Regione		
N° tesserino assistito			
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da malattie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da traumatismi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post psicosi	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 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.

, li / /

In fede, il dichiarante

In fede, il medico