

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome ..... Unità Sanitaria Locale n. ....  
 Nome ..... Regione .....  
 Data e luogo di nascita ..... Numero tesserino assistito .....

**MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: (1)**

	No	Pregressa	In atto
Centrale			
Periferico			
Postumi invalidanti			
Epilessia (2)			
Altre			

**A) TURBE PSICHICHE: (1)**

	No	Pregressa	In atto
Da malattie			
Da traumatismi			
Post-operatorie			
Da ritardo mentale grave			
Da psicosi			
Della personalità			

**B) SOSTANZE PSICOATTIVE: (1)**

	No	Pregressa	In atto
Abuso di alcool			
Uso di stupefacenti (3)			
Uso di sostanze psicotrope (3)			
Dipendenza da alcool			
Dipendenza da stupefacenti			
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 per il fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro al volo o al porto d'armi per uso difesa personale.