

PORTO D'ARMI

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER L'ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO D'ARMI

Si certificano i seguenti dati relativi a :

Cognome e nome:, USL:

Data e luogo di nascita

Professione

A) Malattie del sistema nervoso:	No	Pregressa	In atto
Centrale			
Periferico			
Postumi invalidanti			
Epilessia: (data dell'ultima crisi)			
Altre			

B) Turbe Psiciche:	No	Pregressa	In atto
Da malattie			
Da traumatismi			
Post – operatorie			
Di ritardo mentale grave			
Della psicosi			
Della personalità			

C) Sostanze Psicoattive:	No	Pregressa	In atto
Abuso di alcool			
Uso di stupefacenti (specificare modalità d'uso)			
Uso di sostanze psicotrope (idem)			
Dipendenza da alcool			
Dipendenza da stupefacenti			
Dipendenza da sostanze psicotrope			

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 / /

.....
Firma