

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
U.O.C. MEDICINA LEGALE
COLLEGIO MEDICO PROVINCIALE PORTO D'ARMI
VIA DELLA BASTIA, 12
57122 LIVORNO

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

CHIEDE DI ESSERE SOTTOPOSTO/A AD ACCERTAMENTO SANITARIO PER :
(barrare le caselle di interesse)

CONSEGUIMENTO/ CONFERMA PORTO D'ARMI

- per uso caccia e/o esercizio dello sport del tiro al volo
- per uso difesa personale

DETENZIONE DI ARMI

per il seguente motivo :

ALLEG A :

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità
- Copia del certificato di non idoneità o copia della disposizione di revisione
- Certificato anamnestico in originale rilasciato dal medico curante di data non anteriore a tre mesi
- Attestato di versamento a favore dell'azienda Usl 6 di Livorno di Euro 312,50 Mnm IP102
- La marca da bollo di Euro 16,00 (non necessaria in caso di revisione).

IL/LA SOTTOSCRITTO/A valendosi della
facoltà stabilita dall'art. 46. D.P.R. 28.12.00, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali nel caso di
dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R.
28.12.00, n. 445

D I C H I A R A :

- di essere nat... a prov. il

- di essere residente in prov.....

via n° cap

- Recapito Telefonico..... e-mail

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali e sensibili di cui alla legge 21.12.96, n. 675, avverrà solo per fini istituzionali e nei limiti strettamente necessari per il perseguitamento delle finalità per le quali vengono acquisiti

Data
(firma)

ERTIFICATO ANAMNESTICO PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO
ELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO E PORTO
ARMI PER USO DIFESA PERSONALE (da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978 n.
3 Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale).

certificano i seguenti dati anamnestici relativi a :

Cognome _____
Nome _____
data di nascita _____
Professione _____

Unità Sanitaria Locale N. _____

Regione : _____

Tesserino Assistito n. : _____

Malattie del sistema nervoso (1)	No	Pregresso	In Atto
Centrale			
Periferico			
Postumi invalidanti			
Epilessia (2)			
Altro			

Turbe Psichiche (1)	No	Pregresso	In Atto
Da malattie			
Da traumatismi			
Post-operatorie			
Da ritardo mentale grave			
Da psicosi			
Della personalità			

Sostanze Psico-attive (1)	No	Pregresso	Altro
Abuso d'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 documentazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra consci delle sanzioni a cui va incontro in caso d'infedele dichiarazione.

Luogo e data del rilascio

In fede il dichiarante

In fede il medico

Per la corretta compilazione del certificato anamnestico:

- 1) Barrare con una X le caselle interessate
- 2) Indicare la data e l'ultima crisi avuta da soggetti epilettici
- 3) Specificare le modalità d'uso

Il presente certificato è valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per caccia ed esercizio dello sport del tiro a volo o al porto d'armi per uso difesa personale. Non sono ammesse ulteriori fruizioni d'uso oltre quelle indicate.