

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

| | No | Pregressa | In atto |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| A) Malattie del sistema nervoso: | | | |
| 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: (data dell'ultima crisi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Turbe Psiciche: | 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"/> |
| Di ritardo mentale grave | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Della psicosi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Della personalità | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) Sostanze Psicoattive: | No | Pregressa | In atto |
| Abuso di alcool | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso di stupefacenti (specificare modalità d'uso) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uso di sostanze psicotrope (idem) | <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 / /

.....
Firma