



**DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE**  
**(Rilascio Idoneità Detenzione/porto di armi)**

.... sottoscritt... ..(Cognome) .....(Nome)  
nat.... a ..... prov.(.....) il...../...../.....  
residente in.....prov.(.....),  
via/piazza.....  
recapito telefonico fisso ..... recapito telefonico mobile.....  
indirizzo e-mail .....(EVENTUALE)  
patente di guida n° ..... categoria ..... rilasciata il ..... Scadenza.....  
nell'ambito dell'accertamento medico legale dell'idoneità psicofisica al rilascio/rinnovo della  
detenzione/porto di armi finalizzata a.....

**DICHIARA**

- |   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>MALATTIE NEUROLOGICHE</b><br>(se SI quali.....)   | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>EPILESSIA O CRISI EPILETTICHE</b><br>(se SI specificare quando si è manifestata l'ultima.....)                              | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>TURBE E/O MALATTIE PSICHICHE</b><br>(se SI quali.....)  | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>USO DI STUPEFACENTI</b><br>(se SI quali.....)   | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>ALTRO</b><br>(malattia degli occhi progressiva, retinite pigmentosa, ipovitaminosi A, glaucoma)<br>(se SI specificare.....) | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>USO DI FARMACI PSICOTROPI</b> (sonniferi,tranquillanti,antidepressivi,etc.)<br>(se SI quali.....)                           | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>ABUSO DI SOSTANZE ALCOLICHE</b><br>(se SI per quali.....)   | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>DI NON AVER MAI RICEVUTO SOSPENSIONE PATENTE A MENTE ART. 187 CdS</b>   |                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>PRESENZA DI PROTESI O ORTESI</b><br>(se SI quali.....)  | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>PRESENZA DI PROTESI ACUSTICHE</b><br>(se SI quali.....)   | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>DI ESSERE IN POSSESSO DI REQUISITI MORALI</b>   | <b>SI</b> <input type="checkbox"/> | <b>NO</b> <input type="checkbox"/> |

(Luogo e data del rilascio)

In fede, il dichiarante

.....

.....

La informiamo altresì che i suoi dati potranno essere comunicati a persone fisiche e/o giuridiche, debitamente istruite in materia di sicurezza dei dati e del diritto alla privacy, incaricate al trattamento in virtù del servizio da Lei richiesto, nonché a tutti gli organi preposti al controllo ed alla verifica del medesimo.

La informiamo infine che in relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di acui all'art. 14 della 675/96 tra i quali la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, nonché il blocco dei dati trattati in violazione di leggi compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti.

Autorizzo il dr. \_\_\_\_\_ al trattamento dei miei dati personali e a comunicare i miei dati personali a persone fisiche e/o giuridiche, enti pubblici, associazioni, comitati che collaborino con l'attività propria. Dichiaro altresì, di aver ricevuto le informazioni di cui al GDPR Regolamento Generale sulla protezione dei Dati (UE/2016/679)

Firma .....