

**CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO O AL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE.**

(Da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art. 25 della Legge 23.12.1978 - Istituzione del S.S.N.)

COGNOME ..... UNITA' SANITARIA LOCALE N. ....  
NOME ..... REGIONE .....  
nato a ..... il ..... Codice regionale: .....  
Professione: .....

- |                                       |    |           |        |
|---------------------------------------|----|-----------|--------|
| A) MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO: (1)  | NO | PREGRESSA | INATTO |
| Centrale                              |    |           |        |
| Periferico                            |    |           |        |
| Postumi invalidanti                   |    |           |        |
| Epilessia (2)                         |    |           |        |
| Altre                                 |    |           |        |
| B) TURBE PSICHICHE:(1)                | NO | PREGRESSA | INATTO |
| Da malattie                           |    |           |        |
| Da traumatismi                        |    |           |        |
| Post-operatorie                       |    |           |        |
| Da ritardo mentale grave              |    |           |        |
| Da psicosi                            |    |           |        |
| Della personalità                     |    |           |        |
| C) SOSTANZE PSICOATTIVE: (1)          | NO | PREGRESSA | INATTO |
| 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 avere 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 rilascio)

..... li, .....

In fede, il dichiarante

In fede, il medico Dott.

.....

.....

**NOTE PER LA CORRETTA COMPILAZIONE DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO:**

- 1) Barrare con una x le caselle interessate.
- 2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta dai soggetti epilettici.
- 3) Specificare le modalità d'uso.

N.B. Il presente certificato anamnestico e' valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro al volo

