

Si certifica, sulla scorta dei dati anamnestici e clinici in mio possesso,

che il Sig./la Sig.ra _____

C. F.: _____

da me in cura da più/da meno (cancellare la voce che non interessa) di un anno

presenta/non presenta (cancellare la voce che non interessa), **pregresse condizioni morbose che possono costituire un rischio attuale per la guida**, in riferimento a :

<u>Apparato cardio-circolatorio:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Diabete mellito</u>	SI	NO
<u>Sistema endocrino:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Sistema neurologico:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Patologie psichiche:</u> (se sì, specificare diagnosi)	SI	NO
<u>Epilessia:</u>	SI	NO
<u>Condizioni di dipendenza da alcool/sostanze stupefacenti e psicotrope</u> (cancellare la voce che non interessa)	SI	NO
<u>Apparato urogenitale:</u> (Insufficienza renale grave).	SI	NO
<u>Sangue ed organi ematopoietici:</u> (Sindromi emofiliche, linfomi o leucemie in trattamento - Specificare)	SI	NO
<u>Apparato osteoarticolare:</u> (gravi alterazioni anatomiche o funzionali)	SI	NO
<u>Organi di senso:</u> (gravi patologie visive evolutive)	SI	NO

Data _____

Timbro del Medico

(con indicazione dell'eventuale specializzazione posseduta
e numero regionale se medico di assistenza primaria)

Firma del Medico

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO 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 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale).

(Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - n. 273 del 22/11/94)

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome.....Unità sanitaria locale n.....
Nome.....Regione.....
Data e luogo di nascita.....Codice fiscale.....
Professione.....

A) Malattie del sistema nervoso: (1) **NO** **PREGRESSA** **IN ATTO**
Centrale.....
Periferico.....
Postumi invalidanti.....
Epilessia (2).....
Altre.....

B) Turbe psichiche: (1) **NO** **PREGRESSA** **IN ATTO**
Da malattie.....
Da traumatismi.....
Post – operatorie.....
Da ritardo mentale grave.....
Da psicosi.....
Della personalità.....

C) Sostanze psicoattive: (1) **NO** **PREGRESSA** **IN ATTO**
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 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.

(Luogo e data del rilascio)

In fede, il dichiarante

In fede, il medico

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico:

- (1) Barrare con una X le voci interessate
- (2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici.
- (3) Specificare le modalità d'uso.

N.B. - Il presente certificato anamnestico è 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 o al porto d'armi per uso difesa personale.