CERTIFICATO MEDICO

Per RILASCIO RINNOVO

Í della LICENZA DI PORTO DI FUCILE PER USO CACCIA
Í della LICENZA PER L'ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A VOLO
Í della LICENZA DI PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE

Si certifica che il signor _____
Nat a _____ il _____
Ha statura di mt_____ peso kg_____
Documento di riconoscimento _____ n. _____
Rilasciato da _____ il _____
Dichiara di aver presentato istanza presso_____
per il rilascio della licenza di cui sopra.
Lo stesso presenta certificato anamnestico di cui all'articolo 3 del decreto del Ministero della Sanità del 28.04.1998 rilasciato dal Dott._____

APPARATO VISIVO OD OS

Visus naturale _____

Visus corretto _____

Correzione _____

Senso cromatico _____

OBBLIGO DI LENTI SI NO

APPARATO UDITIVO:

soglia uditiva nell'orecchio migliore_____

(in alternativa): percezione della voce di conversazione a metri:

orecchio destro:_____ orecchio sinistro:_____ biaurale:_____

Sulla base della visita da me effettuata, nonché dai seguenti accertamenti specialistici

Il Signor_____ risulta_____ in possesso dei requisiti di cui

all'articolo_____ del Decreto Ministeriale sopra citato.

MOTIVAZIONE DEL GIUDIZIO DI NON IDONEITA':_____
OSSERVAZIONI:_____
_____
IN ALLEGATO:_____

Il presente certificato viene consegnato all'interessato per essere trasmesso entro 5 (cinque) giorni all'Autorità presso la quale è stata inoltrata la domanda di autorizzazione.

Timbro e Firma

Data_____