

**CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER L' ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO D'ARMI**

\_\_\_\_\_ li', \_\_\_\_\_

Si certificano i seguenti dati relativi a:

**Cognome e nome:** \_\_\_\_\_

**USL:** \_\_\_\_\_

**Data e luogo di nascita:** \_\_\_\_\_

**C.F.:** \_\_\_\_\_

**Professione:**

**A) Malattie del sistema nervoso:**

**No**       **Pregressa**       **In Atto**

Centrale      No       Pregressa       In Atto

Periferico      No       Pregressa       In Atto

Postumi invalidanti      No       Pregressa       In Atto

Epilessia: (data dell'ultima crisi)      No       Pregressa       In Atto

Altre      No       Pregressa       In Atto

**B) Turbe Psiciche:**

**No**       **Pregressa**       **In Atto**

Da malattie      No       Pregressa       In Atto

Da traumatismi      No       Pregressa       In Atto

Post operatorie      No       Pregressa       In Atto

Da ritardo mentale grave      No       Pregressa       In Atto

Della psicosi      No       Pregressa       In Atto

Della personalita'      No       Pregressa       In Atto

**C) Sostanze Psicoattive:**

**No**       **Pregressa**       **In Atto**

Abuso di alcool      No       Pregressa       In Atto

Uso di stupefacenti (specificare modalita' d'uso)      No       Pregressa       In Atto

Uso di sostanze psicotrope (idem)      No       Pregressa       In Atto

Dipendenza da alcool      No       Pregressa       In Atto

Dipendenza da stupefacenti      No       Pregressa       In Atto

Dipendenza da sostanze psicotrope      No       Pregressa       In Atto

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.

Firma Assistito/a

Dr.