



CERTIFICATO MEDICO

DI IDONEITA' PER IL RILASCIO/RINNOVO

- DELLA LICENZA DI PORTO DI FUCILE PER USO CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO (art. 1)
- DEL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE (ART.2)
(Ai sensi del D.M. Sanità del 14 settembre 1994)

Il Sig.....
nato a.....(.....).....il.....
residente in.....Via.....
documento di riconoscimento.....nr.....
rilasciato da.....il.....
dichiara di aver presentato istanza presso.....per
il rilascio di cui sopra.

Lo stesso presenta il certificato anamnestico, di cui all'art. 3 del decreto del Ministero della Sanità in data 14 settembre 1994; rilasciato dal dott.....

Apparato visivo:	occhio destro	occhio sinistro
VISUS NATURALE	_____	_____
VISUS A RIFRAZ CORRETTA	_____	_____
CORREZIONE	_____	_____
SENSO CROMATICO	_____	

Apparato uditivo:
Soglia auditiva nell'orecchio migliore _____
(o, in alternativa)
Percezione della voce di conversazione a metri:
orecchio destro _____ orecchio sinistro _____ binaurale _____
sulla base della visita da me effettuata, nonché dei seguenti accertamenti specialistici

il Sig _____ (non) risulta in possesso dei requisiti di cui all'art. _____ del decreto ministeriale sopra citato.
Motivazione del giudizio di non idoneità: _____

Il presente certificato sarà da me trasmesso entro cinque giorni all'autorità presso la quale è stata inoltrata la domanda di autorizzazione

DATA _____



timbro e firma

.....