

**CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' PER IL RILASCIO/RINNOVO**

- DELLA LICENZA DI PORTO DI FUCILE PER USO CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A VOLO**  
 **DEL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE**  
 **DEL NULLA OSTA ALL'ACQUISTO DI ARMI**

Il Sig. .... nato a ..... il ..... / ..... / .....

residente in ..... via .....

munito del seguente documento di riconoscimento ..... n° .....

rilasciato da ..... il .....

Dichiara di aver presentato istanza presso il ..... per il rilascio della licenza di cui sopra.

Lo stesso presenta certificato anamnestico, di cui all'art. 3 del decreto del Ministero della Sanità in data 28 aprile 1998,

rilasciato dal Dott. .... in data .....

Apparato visivo:

	occhio destro	occhio sinistro
Visus naturale	.....	.....
Visus corretto	.....	.....
Correzione	.....	.....

Senso cromatico .....

Apparato uditivo:

Soglia uditiva nell'orecchio migliore .....

(o in alternativa)

Percezione della voce di conversazione a metri:

orecchio destro ..... orecchio sinistro ..... binaurale .....

Sulla base della visita medica 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.

Eventuali prescrizioni .....

Motivazione del giudizio di non idoneità: .....

Il presente certificato viene consegnato all'interessato per l'inoltro diretto all'autorità competenti nei termini di legge.

generalità, qualifica e firma del sanitario

rilasciato il \_\_\_\_\_