

CERTIFICAT MEDICAL

PENTRU ATESTAREA STĂRII DE SĂNĂTATE
ÎN VEDEREA PROCURĂRII, DEȚINERII, PORTULUI ȘI FOLOSIRII ARMELOR ȘI MUNIȚIILOR
LETALE ȘI NELETALE SUPUSE AUTORIZĂRII

ZIUA _____ LUNA _____ ANUL _____

Numele și prenumele _____ fiul/fiica lui _____
și al/a _____, născut la _____ în localitatea _____, domiciliat
în _____, str. _____ nr. _____, bl. _____, sc. _____,
etj. _____, apt. _____, sector/județ _____, posesor CI seria _____ nr. _____, eliberat de
_____ la data _____.

ANTECEDENTE PERSONALE SE VOR COMPLETA DE MEDICUL DE FAMILIE

REZULTATUL EXAMINĂRILOR MEDICALE

PSIHIATRIE

NR. FIȘĂ REG. CONS. _____

DATA _____

CONSTATĂRI _____

CONCLUZII: **APT/INAPT**

SEMNĂTURĂ ȘI PARAFĂ _____

OFTALMOLOGIE

NR. FIȘĂ REG. CONS. _____

DATA _____

CONSTATĂRI _____

CONCLUZII: **APT/INAPT**

SEMNĂTURĂ ȘI PARAFĂ _____

NEUROLOGIE

NR. FIȘĂ REG. CONS. _____

DATA _____

CONSTATĂRI _____

CONCLUZII: **APT/INAPT**

SEMNĂTURĂ ȘI PARAFĂ _____

O.R.L.

NR. FIȘĂ REG. CONS. _____

DATA _____

CONSTATĂRI _____

CONCLUZII: **APT/INAPT**

SEMNĂTURĂ ȘI PARAFĂ _____

MEDICINĂ INTERNĂ

NR. FIȘĂ REG. CONS. _____

DATA _____

CONSTATĂRI _____

CONCLUZII: **APT/INAPT**

SEMNĂTURĂ ȘI PARAFĂ _____

ORTOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

NR. FIȘĂ REG. CONS. _____

DATA _____

CONSTATĂRI _____

CONCLUZII: **APT/INAPT**

SEMNĂTURĂ ȘI PARAFĂ _____

ÎN SITUAȚIA ÎN CARE VOI FI DIAGNOSTICAT CU O AFECȚIUNE CUPRINSĂ ÎN LISTA AFECȚIUNILOR MEDICALE INCOMPATIBILE CU CALITATEA
PERSOANELOR DE A DEȚINE SAU, DUPĂ CAZ DE A PURTA ȘI FOLOSI ARME ȘI MUNIȚII LETALE SAU NELETALE SUPUSE AUTORIZĂRII, APROBATĂ
PRIN ORDIN AL MINISTRULUI SĂNĂȚĂȚII, MĂ OBLIG SĂ ANUNȚ DE URGENȚĂ ORGANUL DE POLIȚIE COMPETENT.

SEMNĂTURA TITULARULUI _____

CONCLUZIILE EXAMINĂRILOR MEDICALE

APT / INAPT PORT-ARMĂ

MANAGER / DIRECTOR

L.S.