

CERTIFICAT MEDICAL
PENTRU ATESTAREA STĂRII DE SĂNĂTATE, ÎN VEDEREA PROCURĂRII, DEȚINERII, PORTULUI ȘI
FOLOSIRII ARMELOR ȘI MUNIȚIILOR LETALE SAU NELETALE SUPUSE AUTORIZĂRII/GESTIONAR
DEPOZIT

Nr. inregistrare _____ ZIUA _____ LUNA _____ ANUL _____

Numele și prenumele _____ fiul (fiica) lui _____ si 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 EXAMENELOR MEDICALE

PSIHIATRIE

NR. FIȘĂ REG. CONS _____
Data _____
CONSTATĂRI _____
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ _____

OFTAMOLOGIE

NR. FIȘĂ REG. CONS _____
Data _____
CONSTATĂRI _____
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ _____

NEUROLOGIE

NR. FIȘĂ REG. CONS _____
Data _____
CONSTATĂRI _____
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ _____

O.R.L.

NR. FIȘĂ REG. CONS _____
Data _____
CONSTATĂRI _____
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ _____

MEDICINĂ INTERNĂ

NR. FIȘĂ REG. CONS _____
Data _____
CONSTATĂRI _____
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ _____

ORTOPEDIE - TRAUMATOLOGIE

NR. FIȘĂ REG. CONS _____
Data _____
CONSTATĂRI _____
CONCLUZII : **APT/INAPT** PERMIS PORT ARMĂ
SEMNĂTURA ȘI PARAFĂ _____

ÎN SITUAȚIA ÎN CARE VOI FI DIAGNOSTICAT CU O AFECȚIUNE CUPRINSĂ ÎN LISTA 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 SĂNĂTĂȚII, MĂ OBLIG SĂ ANUNȚ DE URGENȚĂ ORGANUL DE POLIȚIE COMPETENT

SEMNATURA TITULARULUI

CONCLUZIILE EXAMINĂRIILOR MEDICALE
APT / INAPT PORT - ARMA