

DICHIARAZIONE DA FIRMARE IN PRESENZA DEL MEDICO ESAMINATORE

_____ sottoscritt _____

nat _____ a _____ (____) il ____/____/____

residente in _____ (____) via _____ n° _____

nell'ambito dell'accertamento dell'idoneità psicofisica ai fini del rilascio del
certificato medico di idoneità alla detenzione o al porto delle armi

D I C H I A R A

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che: *(barrare la voce che risponde a VERO)*

- Attualmente assume farmaci? (se SI perché _____) **SI** - **NO**
- Ha mai avuto ricoveri o interventi chirurgici? (se SI perché _____) **SI** - **NO**
- Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche? (se SI quali _____) **SI** - **NO**
- Soffre o ha sofferto di turbe e/o patologie psichiche? (se SI quali _____) **SI** - **NO**
- Ha mai violato l'art. 186 (*Guida sotto l'influenza dell'alcool*) del Codice della Strada? **SI** - **NO**
- Ha mai violato l'art. 187 (*Guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti*) del Codice della Strada? **SI** - **NO**
- Le è stata riconosciuta un'invaldità? (se SI specificare per quale patologia: _____) **SI** - **NO**
- **In questo momento** sta usando lenti a contatto ? **SI** - **NO**
- **In questo momento** sta usando protesi acustiche ? **SI** - **NO**

Dichiaro inoltre di aver compilato personalmente la presente dichiarazione, di aver compreso tutti i quesiti postimi e di aver risposto secondo verità, previa ammonizione sulle conseguenze penali delle false dichiarazioni rese a Pubblico Ufficiale.

D A T A _____ **F I R M A** _____

(da apporre in presenza del medico esaminatore)

Dichiaro inoltre che il mio medico di fiducia di cui all'art. 25 della Legge 833/78 è il dottor _____

F I R M A _____

Consenso al trattamento dei dati personali

Dichiaro di essere stato dettagliatamente informato circa la necessità di acquisire l'autorizzazione alla gestione delle notizie riguardanti il mio stato di salute e circa le finalità della gestione delle stesse, in osservanza ai dettami della vigente normativa sulla "Privacy".

Si acconsento

Barrare la voce che risponde a VERO

Non acconsento

Che tutte le notizie riguardanti il mio stato di salute possano essere utilizzate dal medico che sottoscriverà il certificato e dal personale del suo studio solo per una gestione ottimale della procedura relativa al conseguimento o al rinnovo del porto/detenzione delle armi.

Si acconsento

Barrare la voce che risponde a VERO

Non acconsento

Che tali notizie siano detenute su supporto cartaceo e/o informatico a cura del Responsabile del trattamento che coincide con il medico che sottoscriverà il certificato medico per il porto/detenzione delle armi che le verrà rilasciato.

Si acconsento

Barrare la voce che risponde a VERO

Non acconsento

Che tali notizie siano immesse in una "rete informatizzata telematica" in modo tale da essere utilizzate anche da operatori diversi.

D A T A _____ **F I R M A** _____