



U.O. IGIENE E SANITA' PUBBLICA

CERTIFICATO MEDICO

PER IL RILASCIO/RINNOVO

- DELLA LICENZA DI PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO
- DEL PORTO D'ARMI PER USO DI DIFESA PERSONALE

Il Sig. _____
nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ mun. _____
del seguente documento di riconoscimento _____
n. _____ ril. _____
dichiara di aver presentato istanza presso _____

Lo stesso presenta il certificato anamnestico, di cui all'art. 3 del Decreto del Ministero della Sanità in data 28.04.1998, rilasciato dal dott. _____
in data _____

APPARATO VISIVO

occhio destro

occhio sinistro

Visus naturale	_____	_____
Visus corretto	_____	_____
Grado di rifrazione delle lenti	_____	_____
Senso cromatico	_____	_____

APPARATO Uditivo

Percepisce la voce di conversazione a metri:

orecchio destro _____ orecchio sinistro _____

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 D.M. sopra citato.

Motivazione del giudizio di non idoneità: _____

Eventuali prescrizioni: _____

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 del Medico



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
U.O. IGIENE E SANITA' PUBBLICA
UFFICIO IGIENE
COMUNE DI POTENZA

SI CERTIFICA

che _____ nata/o a _____ (____) il
_____ e residente a _____ (____), alla Via
_____ n. _____, sulla base della visita medica effettuata e
dall'anamnesi raccolta, nonché dalla certificazione del medico curante risulta in buono
stato di salute e non presenta segni clinici di alterazioni psicofisiche in atto o
pregresse

E' stata/o altresì sottoposta/o ad esame Mantoux/KX **Torace** presso la U.O.
Pneumologia Territoriale della A.S.P. _____ di Potenza in data _____
con esito _____, risulta pertanto idonea/o ad adozione di
minore.

Si rilascia a richiesta dell'interessata/o per gli usi consentiti.

POTENZA _____

IL DIRIGENTE MEDICO
