



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
Sede Legale: viale Roma 7 - Novara
Tel. 0321/374111 | www.asl.novara.it

S. C. MEDICINA LEGALE

AMBULATORIO MONOCRATICO

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITÀ AL **PORTO D'ARMI**
(ad uso caccia e sport – difesa personale – sola detenzione)

SOLO PER CONSEGUIMENTI E RINNOVI IN ASSENZA DI PATOLOGIE

PRESENTARSI IN AMBULATORIO MUNITI DI:

- **CERTIFICATO ANAMNESTICO** (vedi modulo allegato): compilato e firmato dal proprio Medico di base. Il certificato ha validità di tre mesi dalla data di rilascio.
- n° 1 **MARCA DA BOLLO** da € 16.00
- n° 1 **FOTO RECENTE FORMATO PASSAPORTO** (solo per il conseguimento)
- **VERSAMENTO** di € 40.00, pagabile:
 - **con carta bancomat**, alla cassa automatica installata presso la sede del Servizio di Medicina Legale, digitando il tasto “**ALTRI PAGAMENTI**” → “**CON TESSERA SANITARIA**” → “**MEDICINA LEGALE**” → **inserire la tessera sanitaria e seguire le istruzioni sullo schermo.**
 - **con versamento sul c/c 11872280** intestato a: **AZIENDA SANITARIA LOCALE DI NOVARA – ATTIVITÀ TERRITORIALE – SERVIZIO TESORERIA.**
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** in corso di validità. I cittadini stranieri devono presentare anche **CARTA DI SOGGIORNO** o **PERMESSO DI SOGGIORNO** in corso di validità.
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO** (vedi modulo allegato). Il modulo va compilato in stampatello, dichiarando se si è affetti o meno dalle patologie indicate e va firmato in presenza del medico esaminatore.

AVVERTENZA: A GIUDIZIO DEL MEDICO AMBULATORIALE, I PAZIENTI CON PATOLOGIE O MINORAZIONI INVALIDANTI VERRANNO INVIATI ALLA VALUTAZIONE DELL'APPOSITA **COMMISSIONE MEDICA**



www.regione.piemonte.it

Certificato Anamnestico preliminare per il successivo accertamento delle condizioni psicofisiche per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello Sport del Tiro al Volo o al Porto d'Armi per uso difesa personale (da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art.25 della legge 23 dicembre 1978,n.833-Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale).

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a :

Cognome _____ nome _____
Azienda Sanitaria Locale di _____ Regione _____
Data e Luogo di Nascita ____ / ____ / ____ - _____
N° tessera assistito _____
Professione _____

A) Malattie del sistema nervoso: (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Centrale _____
Periferico _____
Postumi Invalidanti _____
Epilessia(2) _____
Altre _____

B) Turbe Psiciche(1) NO PREGRESSA IN ATTO

Da malattie _____
Da traumatismi _____
Post-operatorie _____
Da ritardo mentale grave _____
Da psicosi _____
Della personalità _____

C) Sostanze psicoattive (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Abuso di alcool _____
Uso di stupefacenti (3) _____
Uso di sostanze di sostanze psicotrope (3) _____
Dipendenza da alcool _____
Dipendenza da stupefacenti _____
Dipendenza da sostanze psicotrope (3) _____

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il dichiarante

In fede, il medico

(Luogo e data di rilascio)

_____, ____ / ____ / ____

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico:

- (1) Barrare con una X le caselle interessate
- (2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici
- (3) Specificare le modalità d'uso

N.B. Il presente certificato anamnestico è valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro al volo o al porto d'armi per uso difesa personale



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE PRIMA DI PRENOTARE LA VISITA – LA FIRMA VERRÀ APPOSTA IN CORSO DI VISITA

Il sottoscritto /a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ in via _____
tel. _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, in relazione agli stati patologici sotto elencati, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, in caso di dichiarazioni mendaci, di fornire tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il suo stato di salute.

- 1. Soffre di patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 2. Ha il diabete mellito?** NO SI
Se SI specificare se: non insulino-dipendente insulino-dipendente
- Ha complicanze relative al diabete?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 3. Ha altre patologie endocrine?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 4. Soffre di patologie del sistema emopoietico?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 5. Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 6. Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 7. Soffre di patologie della vista?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 8. Ha problemi di udito?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 9. Ha patologie a carico del sistema nervoso?** NO SI
Se SI specificare quali _____
- 10. Soffre di Epilessia?** NO SI
Se SI specificare di che tipo _____
- 11. Soffre di turbe e/o patologie psichiche?** NO SI
Se SI specificare di che tipo _____
- 12. Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive?** NO SI
Se SI specificare se l'uso è: in atto pregresso
Inoltre, specificare se si tratta di: alcool stupefacenti sostanze psicotrope (psicofarmaci)
- 13. Soffre di Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS)?** NO SI
Se SI specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP) NO SI
-
- 14. ALTRE PATOLOGIE:** _____
- 15. Ha una invalidità riconosciuta (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...)?** NO SI
Se SI specificare la percentuale _____

Data _____

Firma _____