ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Ο κάτωθι υπογράφων ιατρός αφού εξέτασα τον/την

.....

του ....., με Α.Μ.Κ.Α. .....

πιστοποιώ ότι διαπιστώνεται απουσία οργανικών νοσημάτων που να επηρεάζει τη σωματική ικανότητα του ενδιαφερομένου να φέρει όπλο.

....., ... / ..... / 20.....
Τόπος Ημερομηνία

Ο Ιατρός

*** Το παρών παραδίδεται στον ενδιαφερόμενο εντός σφραγισμένου φακέλου από ιατρό Παθολόγο ή Νευρολόγο ή Γενικής Ιατρικής**

Scanned with CamScanner