ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Ο κάτωθι υπογράφων ιατρός αφού εξέτασα τον/την

.....

του ....., με Α.Μ.Κ.Α. .....

πιστοποιώ ότι κατά την εξέταση δεν διαπιστώνεται κανένα κώλυμα από πλευράς ψυχικής υγείας για να χορηγηθεί στον ενδιαφερόμενο άδεια κατοχής και οπλοφορίας για σκοπευτικά, κυνηγετικά ή πυροβόλα όπλα.

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

Ο Ιατρός

*** Το παρών παραδίδεται στον ενδιαφερόμενο εντός σφραγισμένου φακέλου από ιατρό ειδικότητας Ψυχιάτρου**

Scanned with CamScanner