MINISTERUL ADMINISTRAŢIEI ŞI INTERNELOR
DIRECŢIA MEDICALĂ
C.M.D.T.A. „DR. N. KRETZULESCU" BUCUREŞTI

Nr. reg.: .....
Data: .....

FIŞĂ DE CONSULTAŢII MEDICALE PENTRU ATESTAREA STĂRII DE SĂNĂTATE ÎN VEDEREA OBŢINERII PERMISULUI DE PORT-ARMĂ

A. NUMELE ..... PRENUMELE .....

Sexul: ☐-**M** ☐-**F** **C.N.P.**: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Născut(ă) în localitatea: .....

judeţul: ..... fiul/fiica lui: ..... şi al ..... domiciliat în judeţul: .....

localitatea: ..... str. ..... nr. .....

act de identitate ☐-B.I. ☐-C.I. seria: ..... nr.: ..... eliberat de: .....

la data: ..... telefon: .....

B. ANTECEDENTE PERSONALE PATOLOGICE (se vor atesta de medicul de familie): .....

.....

.....

C. REZULTATELE EXAMENELOR MEDICALE:

Specialitatea	Nr. reg. de consultaţii	Data examinării	Diagnostic (boli depistate)	Concluziile examinării	Semnătura şi parafa medicului
Medicină internă				APT / INAPT	
Chirurgie - Ortopedie				APT / INAPT	
Neurologie				APT / INAPT	
Psihiatrie				APT / INAPT	
Oftalmologie				APT / INAPT	
Otorinolaringologie				APT / INAPT	

D. CONCLUZIILE DIRECTORULUI C.M.D.T.A.:

APT/INAPT pentru permis port-armă

L.S.

.....
Semnătura şi parafa medicului

E. DECLARAŢIA SOLICITANTULUI: *Subsemnatul* .....
mă oblig să comunic medicilor care mă vor examina, în vederea întocmirii prezentei fişe, toate bolile de care am cunoştinţă că am suferit în trecut sau sufăr în prezent. Deasemenea, în situaţia în care mi se recomandă un tratament medicamentos, mă oblig să anunţ medicul că sunt posesor de permis de port-armă

.....
Semnătura solicitantului