MINISTERUL AFACERILOR INTERNE
DIRECŢIA MEDICALĂ
C.M.D.T.A. „DR. N. KRETZULESCU" BUCUREŞTI

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

CERTIFICAT MEDICAL PENTRU ATESTAREA STĂRII DE SĂNĂTATE ÎN VEDEREA REAVIZĂRII 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
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 de 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. De asemenea, 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