

## ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

(Παθολόγου ή Νευρολόγου ή Γενικής Ιατρικής)

Ο/Η Ιατρός \_\_\_\_\_

πιστοποιώ ότι ο/η \_\_\_\_\_

του \_\_\_\_\_ και της \_\_\_\_\_

γεννηθείς στις \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ στ \_\_\_\_\_

και με αριθμό ταυτότητας \_\_\_\_\_, από πλευράς  
σωματικής υγείας έχει ικανότητα και καταλληλότητα να φέρει σκοπευτικό  
όπλο για την άσκηση του αθλήματος της Σκοποβολής.

Ημερομηνία

\_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_

Ο/Η ΙΑΤΡΟΣ

(Σφραγίδα και Υπογραφή)

### Οδηγίες προς τον Ιατρό

Το παρόν Ιατρικό Πιστοποιητικό θα πρέπει να παραδοθεί στον ενδιαφερόμενο εντός σφραγισμένου φακέλου, ώστε να αποσφραγιστεί μόνο από την αρμόδια για την έκδοση της άδειας κατοχής σκοπευτικού όπλου Αστυνομική Αρχή.