

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

(Ψυχιάτρου)

Ο/Η Ιατρός _____

πιστοποιώ ότι ο/η _____

του _____ και της _____

γεννηθείς στις ____ / ____ / _____ στ _____

και με αριθμό ταυτότητας _____, είναι σε κατάλληλη κατάσταση ψυχικής υγείας, ώστε να τον/την καθιστά ικανό/-ή 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.