



A.S.L. NO

Azienda Sanitaria Locale
Sede Legale: viale Roma 7 - Novara
Tel. 0321/374111 www.asl.novara.it

S. C. MEDICINA LEGALE

AMBULATORIO MONOCRATICO

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITÀ AL PORTO D'ARMI
(ad uso caccia e sport – difesa personale – sola detenzione)

SOLO PER CONSEGUIMENTI E RINNOVI IN ASSENZA DI PATOLOGIE

PRESENTARSI IN AMBULATORIO MUNITI DI:

- **CERTIFICATO ANAMNESTICO** compilato e firmato dal MMG (medico di medicina generale)
- **n° 1 MARCA DA BOLLO** da € 16.00
- **n° 1 FOTO RECENTE FORMATO PASSAPORTO** (solo per il conseguimento)
- **VERSAMENTO** di € 40.00 sul sito “SALUTE PIEMONTE” (vedi istruzioni allegate alla presente nota informativa).
- **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** in corso di validità. I cittadini stranieri devono presentare anche CARTA DI SOGGIORNO o PERMESSO DI SOGGIORNO in corso di validità.
- **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO**. Il modulo va compilato in stampatello, dichiarando se si è affetti o meno dalle patologie indicate e va firmato in presenza del medico esaminatore.

AVVERTENZA: A GIUDIZIO DEL MEDICO AMBULATORIALE, I PAZIENTI CON PATOLOGIE O MINORAZIONI INVALIDANTI VERRANNO INVIATI ALLA VALUTAZIONE DELL'APPOSITA **COMMISSIONE MEDICA** (informazioni in segreteria)



www.regione.piemonte.it

Azienda Sanitaria Locale NO
S.C. Medicina Legale
0321/374412



Istruzioni per il pagamento delle visite effettuate

nell'Ambulatorio monocratico dell'Asl di Novara

Collegarsi al sito www.salutepiemonte.it

Per accedere ai servizi ci si può autenticare tramite SPID – CIE – CNS o accedere direttamente senza autenticazione e procedere come di seguito indicato:

Dal menù che compare in alto cliccare su **SERVIZI**

Nel riquadro PAGAMENTO cliccare su **VAI AL SERVIZIO**

Cliccare su **PAGA**

Dal menù che compare in alto cliccare su **ALTRI PAGAMENTI**

In corrispondenza di AZIENDA SANITARIA, cliccando sul triangolino a destra, si aprirà un menù a tendina:
Cliccare su **ASL NO (NOVARA)**

In corrispondenza della voce CAUSALE, cliccando sul triangolino a destra, si aprirà un menù a tendina:
Cliccare su **Medicina Legale Ambulatoriale (PTW)**

In corrispondenza di IMPORTO DA PAGARE: **INSERIRE L'IMPORTO:**

PORTO D'ARMI: € 40,00

In corrispondenza di SOGGETTO GIURIDICO:
Cliccare su **PERSONA FISICA**

Inserire **COGNOME**, **NOME** E **CODICE FISCALE** della persona che deve effettuare la visita.

Cliccare su **PAGA SUBITO**

Verrà richiesto un indirizzo email al quale inviare **la ricevuta di pagamento, che l'utente dovrà stampare e consegnare in Ambulatorio.**

ATTENZIONE! Stampare la ricevuta di pagamento che arriva da: ptw.gestione@csi.it dove compare il **logo dell'Asl di Novara e della Regione Piemonte (Assessorato Sanità e Welfare)** e dove è riportato il nome dell'utente che effettua la visita.

Si informa che il versamento si può effettuare solo sul sito **SALUTE PIEMONTE**, attraverso i vari sistemi di pagamento proposti.

Certificato Anamnestico preliminare per il successivo accertamento delle condizioni psicofisiche per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello Sport del Tiro al Volo o al Porto d'Armi per uso difesa personale (da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art.25 della legge 23 dicembre 1978,n.833-Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale).

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a :

Cognome _____ nome _____
Azienda Sanitaria Locale di _____ Regione _____
Data e Luogo di Nascita ____/____/____ - _____
N° tessera assistito _____
Professione _____

A) Malattie del sistema nervoso: (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Centrale _____
Periferico _____
Postumi Invalidanti _____
Epilessia(2) _____
Altre _____

B) Turbe Psiciche(1) NO PREGRESSA IN ATTO

Da malattie _____
Da traumatismi _____
Post-operatorie _____
Da ritardo mentale grave _____
Da psicosi _____
Della personalità _____

C) Sostanze psicoattive (1) NO PREGRESSA IN ATTO

Abuso di alcool _____
Uso di stupefacenti (3) _____
Uso di sostanze di sostanze psicotrope (3) _____
Dipendenza da alcool _____
Dipendenza da stupefacenti _____
Dipendenza da sostanze psicotrope (3) _____

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il dichiarante

In fede, il medico

(Luogo e data di rilascio)

_____, ____/____/____

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico:

- (1) Barrare con una X le caselle interessate
- (2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici
- (3) Specificare le modalità d'uso

N.B. Il presente certificato anamnestico è valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro al volo o al porto d'armi per uso difesa personale



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO ANAMNESTICO

DA COMPILARE A CURA DEL PAZIENTE PRIMA DI PRENOTARE LA VISITA – LA FIRMA VERRÀ APPOSTA IN CORSO DI VISITA

Il sottoscritto /a _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ in via _____
tel. _____ Codice Fiscale _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, in relazione agli stati patologici sotto elencati, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e di quanto stabilito dall'art. 75 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i, in caso di dichiarazioni mendaci, di fornire tutte le informazioni in sua conoscenza utili a definire il suo stato di salute.

1. Soffre di patologie a carico dell'apparato cardio-circolatorio? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

2. Ha il diabete mellito? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare se: ☐ non insulino-dipendente ☐ insulino-dipendente

Ha complicanze relative al diabete? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

3. Ha altre patologie endocrine? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

4. Soffre di patologie del sistema emopoietico? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

5. Soffre di patologie a carico dell'apparato urogenitale? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

6. Soffre di patologie a carico dell'apparato osteo-articolare e muscolare? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

7. Soffre di patologie della vista? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

8. Ha problemi di udito? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

9. Ha patologie a carico del sistema nervoso? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare quali _____

10. Soffre di Epilessia? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare di che tipo _____

11. Soffre di turbe e/o patologie psichiche? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare di che tipo _____

12. Fa o ha fatto ricorso a sostanze psicoattive? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare se l'uso è: ☐ in atto ☐ pregresso

Inoltre, specificare se si tratta di: ☐ alcool ☐ stupefacenti ☐ sostanze psicotrope (psicofarmaci)

13. Soffre di Sindrome delle Apnee Notturme (OSAS)? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare se usa apparecchi notturni (tipo CPAP) ☐ NO ☐ SI

14. ALTRE PATOLOGIE: _____

15. Ha una invalidità riconosciuta (Civile, INPS, INAIL, L. 104/92...)? ☐ NO ☐ SI

Se **SI** specificare la percentuale _____

Data _____

Firma _____