

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Ο κάτωθι υπογράφων ιατρός αφού εξέτασα τον/την

.....

ΤΟΥ, με Α.Μ.Κ.Α.

πιστοποιώ ότι κατά την εξέταση δεν διαπιστώνεται κανένα κώλυμα από πλευράς ψυχικής υγείας για να χορηγηθεί στον ενδιαφερόμενο άδεια κατοχής και οπλοφορίας για σκοπευτικά, κυνηγετικά ή πυροβόλα όπλα.

....., / / 20.....
(Τόπος Ημερομηνία)

Ο Ιατρός