



Pavla a Zdeňka
VOŘÍŠKOVY

Prohlášení žadatele ke své zdravotní způsobilosti k držení střelné zbraně

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Průkaz totožnosti, jeho číslo:

Adresa trvalého bydliště:

1/ Cítíte se zdrav? Pokud ne, uveďte Vaše zdravotní potíže.

2/ Léčíte se nebo jste byl v minulosti soustavně léčen? Pokud ano, uveďte pro která onemocnění.

3/ Užíváte pravidelně léky? Pokud ano, vyjmenujte jaké.

4/ Byl jste v minulosti vyšetřen na neurologii? Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.

5/ Byl jste v minulosti vyšetřen na psychiatrii? Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.

6/ Byl jste v minulosti vyšetřen psychologem nebo jste vyplňoval psychologické testy?
Pokud ano, uveďte v jaké souvislosti.

7/ Byl jste v minulosti vyšetřen pro závislost na alkoholu či jiných návykových látkách?

8/ Jste voják? Pokud ne uveďte důvody pokud jsou zdravotní?

9/ Bylo Vám v minulosti ze zdravotních důvodů odmítnuto vydání zbrojního průkazu nebo
řidičského průkazu? Pokud ano, uveďte pro jaké onemocnění.

10/ Byl Vám v minulosti ze zdravotních důvodů zbrojní průkaz nebo řidičský průkaz odebrán?
Pokud ano, uveďte pro jaké onemocnění.

V dne Podpis žadatele: