

Образац 4.

.....
назив здравствене установе

место

Број:

Датум:

за МУП РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
организациона јединица

**ИЗВЕШТАЈ О ПРОМЕНИ ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ЛИЦА КОЈЕ ПОСЕДУЈЕ
ДОЗВОЛУ ЗА ДРЖАЊЕ И НОШЕЊЕ ОРУЖЈА**

Лекарским прегледом

име, име једног од родитеља, презиме:

датум и место рођења: Г. у

место и адреса становања:бр.
(поштански број, место, улица и број)

ЈМБГ

лична карта број:, издата од

Утврђена је промена здравственог стања која утиче на здравствену способност физичког лица за држање и ношење оружја:

МП

изабрани лекар

.....

(потпис, факсимил и ИД број изабраног лекара)