

.....
назив здравствене установе

место

Број:

Датум:

На основу одредбе члана 9. став 1. Правилника о здравственој способности физичких лица за држање и ношење оружја („Службени гласник РС“, број

издаје се

УВЕРЕЊЕ О ЗДРАВСТВЕНОЈ СПОСОБНОСТИ ФИЗИЧКОГ ЛИЦА ЗА ДРЖАЊЕ И НОШЕЊЕ ОРУЖЈА

име, име једног од родитеља, презиме:

датум и место рођења: год. у.....

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

ЈМБГ.....

лична карта број:

На основу расположиве документације, анамнестичких података, специјалистичких прегледа, објективног налаза оцењено је да је прегледан/а:

.....
способан/на

неспособан/на

за држање и ношење оружја

Напомена:

(Уверење се издаје са роком важења од _____)

доктор медицине, специјалиста медицине рада

.....
(потпис и факсимил)

М. П.