



הצהרת בריאות

השם הפרטי	שם המשפחה	מספר הזהות	שנת הלידה	העיסוק

מספר הטלפון	הכתובת			
	המיקוד	מספר הבית	הרחוב	הישוב

הצהרת בעל כלי-הירייה (נא מלא השאלון והצהר על נכונות הפרטים)

7. האם אתה נוטל סמים או תרופות העלולים להשפיע על מצב ההכרה או יכולת השיפוט?
 כן לא

8. האם יש לך בעיה בצריכת משקאות חריפים (אלכוהוליים)?
 כן לא

9. האם אתה סובל ממחלה ניוונית של מערכת העצבים או השרירים? (לדוגמה: דמנציה, אלצהיימר, דיסטרופיה שרירית, מייסטיניה וכו')
 כן לא

10. האם אתה סובל מבעיות במערכת העצמות ו/או השרירים העלולה לפגוע במיומנות וביכולת לבצע ירי?
 כן לא

* כל מה שנכתב בלשון זכר, מכון גם לנקבה.
 הנני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל האמור לעיל אמת וכי תעודה זו ניתנת על ידי לפקיד רישוי כלי ירייה, והריני מצהיר כי ידוע לי שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה. תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין דינה כדין עדות בשבועה שניתנה בכית המשפט.
 הנני מצהיר כי המידע שמסרתי היה נכון, למיטב ידיעתי, ובא על החתום

1. האם אתה סובל מבעיה גופנית העלולה לפגוע במיומנות וביכולת לבצע ירי ו/או עלולה לסכן אותך או את זולתך?
 כן לא

2. האם אתה נוטל או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש?
 כן לא

3. במידה והתשובה לשאלה 2 היא חיובית, פרט את התרופות ואת המינון. _____

4. האם אושפזת אי פעם במחלקה פסיכיאטרית?
 אם כן, נא פרט
 א. תאריך הטיפול _____
 ב. שם הרופא המטפל _____
 ג. מרפאה/בי"ח _____
 ד. הסיבה _____

5. האם היית פעם בטיפול נפשי שלא באשפוז?
 כן לא
 אם כן, מתי, שם הרופא, ומה הסיבות לכך?

6. האם אתה סובל ממגבלת ראייה שאינה מתוקנת ע"י משקפיים או עדשות מגע?
 כן לא

_____ חתימת מבקש הרישוי

הצהרת הרופא הבודק (חלק זה ימולא ע"י הרופא הבודק)

כן לא הנני מכיר את הפונה

כן לא זיהיתי את הפונה על פי תעודת זהות

לאחר שזיהיתי ובדקתי את הפונה ונתוניו הרפואיים, הריני לאשר כי הנתונים, כפי שנמסרו, תואמים את המידע שברשותי. (יש למחוק סעיפים לגביהם אין לרופא מידע מתאים).

התאריך: _____ חותמת ומס' רשיון: _____ חתימת הרופא: _____