

**LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA DRŽANIE ALEBO
NOSENIE STRELNEJ ZBRANE A STRELIVA**

Vzor

1. strana

**LEKÁRSKY POSUDOK O ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI
NA DRŽANIE ALEBO NOSENIE STRELNEJ ZBRANE A STRELIVA**

MENO A PRIEZVISKO POSUDZUJÚCEHO LEKÁRA:

NÁZOV ALEBO OBCHODNÉ MENO POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ
STAROSTLIVOSTI:

MIESTO PREVÁDZKOVANIA ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA/SÍDLO
POSKYTOVATEĽA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI:

IČO:

Evidenčné číslo posudku: _____

Meno a priezvisko:

Rodné číslo alebo dátum narodenia:

Miesto pobytu:

2. strana

Menovaný bol posúdený s týmto záverom:

Je zdravotne

☐ spôsobilý / ☐ nespôsobilý *)

na držanie alebo nosenie strelnej zbrane a streliva.

Na zníženú sluchovú ostrosť sa

☐ neprihliadlo / ☐ prihliadlo *).

V dňa

Odtlačok pečiatky a podpis posudzujúceho lekára

*) Označte jednu z možností.