

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ

Ο κάτωθι υπογράφων ιατρός αφού εξέτασα τον/την

.....

ΤΟΥ, με Α.Μ.Κ.Α.

πιστοποιώ ότι διαπιστώνεται απουσία οργανικών νοσημάτων που να επηρεάζει τη σωματική ικανότητα του ενδιαφερομένου να φέρει όπλο.

....., / / 20.....
(Τόπος Ημερομηνία)

Ο Ιατρός