

Приложение №
Утверждена приказом
министерства здравоохранения
Нижегородской области
от _____ № _____

Наименование медицинской организации _____

Адрес _____

Лицензия _____

Я _____
ознакомлен (а) со статьей 23 Закона РФ
от 02.07.1992 № 3185-1 «О
психиатрической помощи и гарантиях
прав граждан при ее оказании».
Обследование прохожу добровольно.
Согласен на получение справки.
Дата _____ 202_г. Подпись _____

Справка № _____
по результатам психиатрического освидетельствования на наличие медицинских
противопоказаний к владению оружием
от “___” _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

2. Пол (мужской/женский) _____

3. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

4. Место регистрации: Нижегородская область

Район _____

Город _____ населенный пункт _____

Улица _____ дом _____ квартира _____

5. Медицинское заключение: установлено отсутствие психических расстройств,
препятствующих к владению оружием

(должность врача, выдавшего заключение)

(подпись)

(Ф.И.О)

Главный врач учреждения здравоохранения _____

(подпись)

(Ф.И.О)

М.П.