

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΑΤΡΟΥ

ΤΟΠΟΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

Ο υπογράφων ιατρός.....
αφού εξέτασα τον/την.....
του..... γεννηθείς/σα την....., βεβαιώνω στην παρούσα φάση
ότι δεν παρουσιάζει σημεία ή συμπτώματα ενδεικτικά ενεργής ψυχοπαθολογίας ή
χρήσης ψυχοδραστικών (ναρκωτικών) ουσιών και είναι ψυχικά υγιής.

Η παρούσα χορηγείται για να χρησιμοποιηθεί στο Τμήμα Όπλων και Εκρηκτικών
της Ελληνικής Αστυνομίας.

Ημερομηνία

Ο Ιατρός

Σφραγίδα-Υπογραφή