

# PROHLÁŠENÍ POSUZOVANÉ OSOBY O SVÉM ZDRAVOTNÍM STAVU

(§ 15 zákona č. 90/2024 Sb., o zbraních a střelivu, § 13 zákona č. 91/2024 Sb., o municích)

Jméno, popřípadě jména, a příjmení žadatele: .....

Místo pobytu: .....

Datum narození: ..... průkaz totožnosti<sup>1)</sup>: ..... číslo .....

Druh oprávnění, ke které je prohlášení vydáváno: **zbrojní - muniční<sup>2)</sup>**

Prohlašuji, že

a) se cítím zdravý a že si nejsem vědom, že mám nemoc, vadu nebo stav, které jsou nebezpečné pro držení zbraně a střeliva anebo pro výkon konkrétních činností při nakládání s municí nebo při pyrotechnickém průzkumu,

b) se necítím zdravý, mám následující zdravotní obtíže:

.....

c) se cítím zdravý, ale mám níže uvedený stav, vadu nebo nemoc:<sup>3)</sup>

.....

d) užívám pravidelně následující léčivé přípravky:

.....

e) **užívám - užíval<sup>2)</sup>** jsem **pravidelně - nepravidelně<sup>2)</sup>** tyto návykové látky/alkohol:

.....

f) období bez projevů nemoci, vady nebo stavu trvá:<sup>3)</sup>

.....

---

<sup>1)</sup> Např. občanský průkaz, u cizinců povolení k trvalému pobytu či obdobný doklad.

<sup>2)</sup> Nehodící se škrtněte.

<sup>3)</sup> Vyplní se v případě, kdy je tato skutečnost rozhodná pro posouzení zdravotní způsobilosti podle nařízení vlády č. 351/2025 Sb., o stanovení seznamu nemocí, vad nebo stavů, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost, a o náležitostech lékařského posudku podle zákona o zbraních a střelivu a podle zákona o municích. Uvede se počet měsíců, popřípadě roků, kdy se nemoc, vada nebo stav neprojeví.

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, pokud není posuzujícím lékařem

.....  
.....

Jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa odborného lékaře, popřípadě klinického psychologa, pokud se u něho žadatel opakovaně nebo dlouhodobě léčil

.....  
.....

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl úplně a pravdivě.

V..... dne .....

.....

podpis posuzované osoby