**Premesse**

* Lo specialista FMH in Psichiatria e Psicoterapia è tenuto a ricusarsi dalla compilazione del presente documento allorquando sia il medico curante del soggetto valutato.
* Il perito è tenuto ad inviarlo direttamente al Servizio armi, esplosivi e sicurezza privata, previa sottoscrizione dello svincolo.
* Una lista degli specialisti a disposizione è pubblicata sul sito [www.polizia.ti.ch](http://www.polizia.ti.ch) (autorizzazioni e permessi).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dati del soggetto valutato** | | |
| Cognome | Nome | Data di nascita |

|  |
| --- |
| Indirizzo |

|  |
| --- |
| **Motivo della richiesta** |
|  |

|  |
| --- |
| **Numero di colloqui / visite effettuate** (indicare anche la data) |
|  |

|  |
| --- |
| **Situazione attuale** |
|  |

|  |
| --- |
| **Situazione psicosociale** (per esempio debiti, curatele, …) |
|  |

|  |
| --- |
| **Anamnesi personale e famigliare** (indicare in particolare eventuali tentamen, consumo di bevande alcoliche o sostanze stupefacenti, antecedenti in ambito psichiatrico) **eventuale incarto AI** |
|  |

|  |
| --- |
| **Anamsesi legale** |
|  |

|  |
| --- |
| **Esame clinico** |
|  |

|  |
| --- |
| **Eventuale diagnosi (ICD)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Presa di contatto con medico curante o specialisti** (indicare le date e le risultanze) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Incarto medico militare visionato?** (se richiesto) | |
| SI  NO | Se si, dalla verifica dell’incarto medico militare sono emerse incompatibilità al possesso di armi?  SI  NO |

|  |
| --- |
| **Eventuali altri atti consultati?** |
|  |

**Conclusioni**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dati del soggetto valutato** | | |
| Cognome | Nome | Data di nascita |

|  |
| --- |
| **Valutazione conclusiva?** |
|  |

|  |
| --- |
| **Il soggetto è da considerarsi un pericolo per se stesso o terzi?** |
| SI  NO |

|  |
| --- |
| **Il soggetto è idoneo al possesso o porto di armi da fuoco?** |
| SI  NO |

|  |
| --- |
| **Eventuali osservazioni** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Timbro e firma del Medico |

**Svincolo**

Con il presente, il sottoscritto/la sottoscritta      , autorizza il dottor/la dottoressa       a chiedere informazioni in merito al suo stato di salute, segnatamente psichiatrico, al fine di raccogliere tutto quanto necessario alla compilazione del Rapporto peritale in relazione al possesso o porto di armi da fuoco, svincolando il medico curante (eventualmente, altri medici e psicologi-psicoterapeuti presso i quali sia/sia stato in cura nonché il Servizio medico militare) dall’obbligo del segreto nei suoi confronti.

Si autorizza inoltre l’estensore del presente rapporto, in caso di coinvolgimento delle assicurazioni LAINF, LAM, LAMAL/LCA e/o AI, a chiedere la relativa documentazione medica ed assicurativa.

Inoltre, si autorizza la trasmissione del presente Rapporto peritale al Servizio armi, esplosivi e sicurezza privata per i suoi incombenti.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data | Firma del richiedente |