



בקשה לרשיון לכלי ירייה / החלפה / שינוי יעוד / הוספה / חידוש

חוק כלי ירייה תש"ט - 1949

תמונה
עדכנית

את הבקשה עליך למלא בכתב יד ברור תוך ציון העילה (ראה מעבר לדף) ולהגישה לפקיד רישוי כלי ירייה באזור מגוריך.
יש לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:
1. צילום תעודת זהות.
2. צילום תעודת מילואים/פטור.
3. מסמכים התומכים בעילה בגינה הנך מגיש את הבקשה (ראה מעבר לדף).
4. תמונת פספורט עדכנית.

פרטי המבקש/ת

מספר הזהות	שם המשפחה	השם הפרטי	שם האב

תאריך הלידה	תאריך עליה	העילה בגינה נדרש הרשיון

המען הנוכחי			
הישוב	הרחוב	מספר הבית	המיקוד
			טלפון נייד

מקום העבודה הנוכחי			
ת. תחילת עבודה	שם הארגון/החברה	כתובת הארגון/החברה	משלח יד

שרות בצה"ל			
דרגה	מס' אישי בצה"ל	משך השירות	שרות בצה"ל - מצב נוכחי
		מתאריך _____ / _____ / _____ עד תאריך _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> מילואים <input type="checkbox"/> סדיר <input type="checkbox"/> פטור משרות <input type="checkbox"/> אינו מחוייב בשרות

הצהרה על ויתור סודיות והסכמה על מסירת מידע לפקיד הרישוי

אני החתום מטה מצהיר בזה, כי הנני מוותר על סודיות רפואית ואינני מתנגד להעברת פרטים אודות מצב בריאותי לפקיד הרישוי ככל שהדבר נוגע לבקשה זו. מובא בזאת לידיעתך כי לצורך שקילת הבקשה, יפנה פקיד הרישוי לקבלת המלצת המשטרה, אשר תינתן בהתייחס למידע פלילי (מרשם פלילי ורישומים משטרתיים אחרים) המצויים ברשותה, ככל שהם נוגעים לבקשה.

תאריך _____ חתימת המבקש _____

לשימוש המשרד

התקבל ביום _____ הוקלד ביום _____ הבקשה אושרה ביום _____ בעילה _____

אישור משטרה _____ בתאריך _____ הבקשה סורבה ביום _____ בנימוק _____

אישור בריאות _____ בתאריך _____

פרטי כלי היריה שנרכש:

סוג _____ יצרן _____ דגם _____ ארץ יצור _____ מס' הכלי _____ מס' קנים _____ הערות _____



הצהרת בריאות

השם הפרטי	שם המשפחה	מספר זהות	שנת הלידה	העיסוק
הישוב		הרחוב	מספר הבית	המיקוד
מספר הטלפון				

הצהרת בעל כלי-הירייה (נא מלא השאלון והצהר על נכונות הפרטים)

7. האם אתה נוטל סמים או תרופות העלולים להשפיע על מצב ההכרה או יכולת השיפוט?
 כן לא

8. האם יש לך בעיה בצריכת משקאות חריפים (אלכוהוליים)?
 כן לא

9. האם אתה סובל ממחלה ניוונית של מערכת העצבים או השרירים? (לדוגמה: דמנציה, אלצהיימר, דיסטרופיה שרירית, מייסטיניה וכו')
 כן לא

10. האם אתה סובל מבעיות במערכת העצמות ו/או השרירים העלולה לפגוע במיומנות וביכולת לבצע ירי?
 כן לא

* כל מה שנכתב בלשון זכר, מכון גם לנקבה.
 הנני מצהיר בזאת כי למיטב ידיעתי כל האמור לעיל אמת וכי תעודה זו ניתנת על ידי לפקיד רישוי כלי ירייה, והריני מצהיר כי ידוע לי שלעניין הוראות החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה. תעודה זו כשהיא חתומה על ידי כדין דינה כדין עדות בשבועה שניתנה בכית המשפט.
 הנני מצהיר כי המידע שמסרתי היה נכון, למיטב ידיעתי, ובא על החתום

1. האם אתה סובל מבעיה גופנית העלולה לפגוע במיומנות וביכולת לבצע ירי ו/או עלולה לסכן אותך או את זולתך?
 כן לא

2. האם אתה נוטל או נטלת בעבר תרופות המיועדות לטיפול במחלת נפש?
 כן לא

3. במידה והתשובה לשאלה 2 היא חיובית, פרט את התרופות ואת המינון. _____

4. האם אושפזת אי פעם במחלקה פסיכיאטרית?
 אם כן, נא פרט
 א. תאריך הטיפול _____
 ב. שם הרופא המטפל _____
 ג. מרפאה/בי"ח _____
 ד. הסיבה _____

5. האם היית פעם בטיפול נפשי שלא באשפוז?
 כן לא
 אם כן, מתי, שם הרופא, ומה הסיבות לכך?

6. האם אתה סובל ממגבלת ראייה שאינה מתוקנת ע"י משקפיים או עדשות מגע?
 כן לא

_____ חתימת מבקש הרישוי

הצהרת הרופא הבודק (חלק זה ימולא ע"י הרופא הבודק)

הנני מכיר את הפונה כן לא

זיהיתי את הפונה על פי תעודת זהות כן לא

לאחר שזיהיתי ובדקתי את הפונה ונתוניו הרפואיים, הריני לאשר כי הנתונים, כפי שנמסרו, תואמים את המידע שברשותי. (יש למחוק סעיפים לגביהם אין לרופא מידע מתאים).

התאריך: _____ חותמת ומס' רשיון: _____ חתימת הרופא: _____