



# מדינת ישראל המשרד לביטחון הפנים האגף לרישוי כלי ירייה



## רשימת מוצעים לצורך מתן הרשאה לנשיאת כלי ירייה ארגוני

חוק כלי ירייה תשי"ט 1949, סעיפים 2, 3, 7, 9, 10, 10 א'.

מס' הארגון \_\_\_\_\_ שם הארגון \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ פקס \_\_\_\_\_ כתובת דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_@  
 תאריך הגשת הבקשה \_\_\_\_\_

הרני מעביר בזה לפקיד רישוי כלי ירייה במרחב/לשכת \_\_\_\_\_ רשימת מוצעים מס' \_\_\_\_\_ לצורך מתן הרשאה לשאת כלי ירייה בהרשאה (הפרטים מולאו באחריות בעל הרישיון המיוחד רק לאחר שהובא לידיעת הרשומים סעיפים 1 – 3 ואושרו בחתימתם את הסכמתם למסירת הפרטים). הרשימה כוללת: הצהרה על ויתור סודיות של המוצעים והסכמתם למסירת מידע לרשות המוסמכת לצורך אישורם.

- אני החתום מטה מצהיר בזה, כי הנני מוותר על סודיות רפואית ואינני מתנגד להעברת פרטים בדבר מצב בריאותי לפקיד הרישוי מהרופא המטפל בי ו/או כל רופא אחר שיקבע, ככל שהדבר נוגע לבקשה זו.
- ידוע לי שפקיד הרישוי יפנה למשטרת ישראל לשם קבלת מידע עלי, לצורך מתן ההמלצה תעשה משטרת ישראל שימוש בכל חומר הנמצא ברשותה (לא רק במרשם הפלילי).
- אני הח"מ מצהיר כי ידוע לי ששמי יגרע מרשימת המורשים לשאת נשק, בארגונים הרשומים על שמי למעט בארגון אחד אותו ציינתי כעבודה נוספת (עבור מפעל ראוי).

| חתימת המוצע (על ויתור סודיות) | עובד/לא עובד בארגון נוסף (שם החברה) (מפעל ראוי) | דרגה | מועדי שירות |      |     |     |      |     | מס' אישי | סוג שירות | כתובת מגורים | תאריך עליה | תאריך לידה | שם האב | שם פרטי | שם משפחה | מספר זהות |  |  |  |  |
|-------------------------------|---|------|-------------|------|-----|-----|------|-----|----------|-----------|--------------|------------|------------|--------|---------|----------|-----------|--|--|--|--|
|                               |   |      | מ-          |      |     | עד- |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      | שנה         | חודש | יום | שנה | חודש | יום |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |
|                               |   |      |             |      |     |     |      |     |          |           |              |            |            |        |         |          |           |  |  |  |  |

אני נושא ת.ז. \_\_/\_\_/\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ בעל רישיון מיוחד מספר הארגון \_\_\_\_\_  
 מצהיר בזאת כי הרשימה נבדקה על ידי ונמצאה נכונה וכל המוצעים ברשימה שוהים בארץ כתושבים מעל שלוש שנים ברציפות ועומדים בתבחיני סף לקבלת הרשאה לרישיון כ"י. לתשומת לב: יש לרשום רק מוצעים אשר עונים לדרישות סף לתבחינים למתן רישיונות לכלי ירייה, להלן תבחיני הסף: תושב קבע השוהה בישראל באופן רציף 3 שנים לפחות – בעל שליטה בסיסית בשפה העברית (קרוא וכתוב). גיל – 27 ומעלה. בוגרי שירות צבאי או שירות לאומי/אזרחי – גיל 21 ומעלה.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת בעל הרישיון המיוחד \_\_\_\_\_ חותמת הארגון \_\_\_\_\_