



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 לידיעתי 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 \_\_\_\_\_



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

העילה בגינה נדרש הרשיון (סמן ב-X במקום המתאים)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> תושב ישוב זכאי        | <input type="checkbox"/> כבאי                |
| <input type="checkbox"/> מתנדב / יח"מ / משא"ז  | <input type="checkbox"/> עובד מד"א           |
| <input type="checkbox"/> נהג מסייע ציבור       | <input type="checkbox"/> בעל עבר בטחוני      |
| <input type="checkbox"/> מוביל חומרי נפץ       | <input type="checkbox"/> בשורות כוחות הבטחון |
| <input type="checkbox"/> צייד                  | <input type="checkbox"/> מתאמן ירי פעיל      |
| <input type="checkbox"/> בעל עסק לזהב ויהלומים | <input type="checkbox"/> מזכרת ירושה         |
| <input type="checkbox"/> עבודה בישוב זכאי      | <input type="checkbox"/> אחר / פרט           |

סוג כלי הירי שבדעתי לרכוש  אקדח  רובה צבאי  אקדח / רובה אוויר  רובה ציד  אחר

תבחינים למתן רשיון לכלי יריה

דרישות סף לכל התבחינים:

1. תושב קבע השוהה בישראל ברציפות שלוש שנים לפחות לפני הגשת הבקשה.
2. גיל 21 ומעלה לפני מועד הגשת הבקשה.
3. המבקש אינו זכאי לקבל כלי יריה במסגרת "ארגון מוכר" או יכול להיות מוכר כ"מפעל ראוי".
4. תנאי לתוקפו של הרשיון הוא קיום העילה בגינה הוא ניתן.
5. המבקש הגיש תצהיר התומך בבקשתו אם העובדות המקיימות את העילה אינן ניתנות להוכחה ע"י מסמך רשמי.
6. המבקש מסכים לוותר על סודיות לשם בדיקת פרטים במשטרת ישראל ומשרד הבריאות.

מקום המגורים	המלצות / אישורים
תושב יישוב זכאי (אזור סיכון)	משוחרר צה"ל / משטרה / שב"ס בדרגת סא"ל ומעלה
עיסוק	יחידות מיוחדות
מתנדב משא"ז / מתמיד (יח"מ)	קציני צה"ל במילואים בדרגת סגן אלוף / רב סרן
נהג מסייע ציבור (אוטובוס לסוגיו, טיולית, מובנית)	שוטרי משטרת ישראל / שב"ס בדרגת פקד ומעלה
מוביל חומר נפץ	מזכרת
צייד	מזכרת / ירושה
בשורות כוחות הבטחון צה"ל, משטרת ישראל ושב"ס	מזכרת / ירושה
בעל עסק לזהב ויהלומים	מזכרת / ירושה
מקום העיסוק	מזכרת / ירושה
עבודה קבועה בישוב זכאי (אזור סיכון), רשימת היישובים חופפת לרשימת היישובים הזכאים.	מזכרת / ירושה

מקום המגורים	המלצות / אישורים
ת"ז המעידה על מקום מגורים לפחות <u>שלושה חודשים</u> באזור סיכון. אישור מזכירות הרשות המקומית בדבר היותו תושב הישוב וכי הוא מתגורר בו בפועל. כל מסמך אחר שיידרש להוכחת העילה, עפ"י שיקול דעת של פקיד רישוי.	משוחרר צה"ל / משטרה / שב"ס בדרגת סא"ל ומעלה
עיסוק	יחידות מיוחדות
מתנדב משא"ז / מתמיד (יח"מ)	קציני צה"ל במילואים בדרגת סגן אלוף / רב סרן
נהג מסייע ציבור (אוטובוס לסוגיו, טיולית, מובנית)	שוטרי משטרת ישראל / שב"ס בדרגת פקד ומעלה
מוביל חומר נפץ	מזכרת
צייד	מזכרת / ירושה
בשורות כוחות הבטחון צה"ל, משטרת ישראל ושב"ס	מזכרת / ירושה
בעל עסק לזהב ויהלומים	מזכרת / ירושה
מקום העיסוק	מזכרת / ירושה
עבודה קבועה בישוב זכאי (אזור סיכון), רשימת היישובים חופפת לרשימת היישובים הזכאים.	מזכרת / ירושה



**הצהרת בריאות**

השם הפרטי	שם המשפחה	מספר זהות	שנת הלידה	העיסוק

  

מספר הטלפון	הכתובת			
	המיקוד	מספר הבית	הרחוב	הישוב

**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

\_\_\_\_\_ חתימת מבקש הרישוי

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

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

הנני מכיר את הפונה  כן  לא

זיהיתי את הפונה על פי תעודת זהות  כן

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: \_\_\_\_\_