

**Landratsamt
Bad Tölz-Wolfratshausen
Prof.-Max-Lange-Platz 1
83646 Bad Tölz**

Waffenrecht

Öffentliche Sicherheit und Ordnung

Telefon: 08041 / 505 - 0

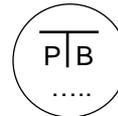
E-Mail: waffenrecht@lra-toelz.de

Anschrift: Prof.-Max-Lange-Platz 1
83646 Bad Tölz

Antrag auf Erteilung eines kleinen Waffenscheines

zum Führen von

Schreckschuss-, Reizstoff-, und Signalwaffen mit dem Zulassungszeichen



1. Angaben zur Person:

Familienname: _____

Geburtsname: _____

Vorname/n: _____

Staatsangehörigkeit/en: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße, Hausnummer: _____

Telefon: _____

Mail: _____

2. Angaben zur Zuverlässigkeit und persönlichen Eignung

Ich bin vorbestraft:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rechtskräftig verurteilt (nur Verurteilungen, deren Rechtskraft nicht länger als 5 Jahre zurückliegt). Wenn ja, wegen folgender Straftaten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitglied in einem Verein, der unanfechtbar verboten wurde oder der einem unanfechtbaren Betätigungsverbot unterliegt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mitglied in einer Partei, deren Verfassungswidrigkeit das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Innerhalb der letzten 5 Jahre mehr als einmal wegen Gewalttätigkeit mit richterlicher Genehmigung im polizeilichen Präventivgewahrsam gewesen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In meiner Geschäftsfähigkeit beschränkt oder geschäftsunfähig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychisch Krank oder debil:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich leide an Krankheiten, die sich negativ auf meine persönliche oder körperliche Eignung zum Besitz, Führen und Gebrauch von Schusswaffen und/oder Munition auswirken (z.B. schwere Sehschwäche, Nachblindheit, Farbuntüchtigkeit, Diabetes, schwere Herz-Kreislaufkrankung, Hirnverletzung, Anfallsleiden, Lähmungen, Geisteskrankheiten, Schwerhörigkeit oder Taubheit:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

3. Erklärung

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben und dass ich die Datenschutzhinweise zum Antrag gelesen und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Vom Landratsamt auszufüllen:

Zuverlässigkeit nachgewiesen (BZR/Polizei/Verfahrensregister ohne Treffer bzw. in Ordnung)

kleiner Waffenschein Nr.: _____ Erteilt am: _____

(Antrag zurückgenommen / versagt am: _____)

Gebühr nach Kostenverordnung des Waffengesetzes:

Tarif-Stelle 16 – Ausstellung 100,00 €

Rechnung Nr.: _____

Kleiner Waffenschein (mit Belehrung und Merkblatt)

wurde ausgehändigt am: _____

postalisch versandt am: _____

Mitteilung an Gemeinde

Unterschrift Antragsteller: _____

Unterschrift Sachbearbeitung: _____