

## Antrag auf Erteilung eines kleinen Waffenscheins nach § 10 Abs. 4 Satz 4 WaffG

(Gebühr bei Erteilung: **150,00 €**)

### Antragsteller/in

|  |  |   |                                     |
|--|--|---|-------------------------------------|
| Name, Geburtsname  |  | Vorname(n)                                      |                                     |
| Geburtsdatum   |  | Geburtsort ( <i>Gemeinde, Landkreis, Land</i> ) |                                     |
| Straße:  |  | PLZ:  | Ort:                                |
| Telefon  |  | E-Mail  |                                     |
| Ununterbrochen in Deutschland wohnhaft   |  | <input type="checkbox"/> seit Geburt            | <input type="checkbox"/> seit _____ |
| Wohnungen in den letzten 5 Jahren ( <i>Zeitraum, Anschrift, Gemeinde, Landkreis und Land</i> ) |  |   |                                     |

**Ich bewahre die Waffe(n) wie folgt auf:** (*bitte beschreiben Sie das Behältnis, in dem die Waffe(n) aufbewahrt wird/werden*)

### Angaben zur persönlichen Zuverlässigkeit und Eignung

Ich bin

- nicht** vorbestraft
- wegen folgender Straftaten rechtskräftig verurteilt (**Nur Verurteilungen, deren Rechtskraft nicht länger als fünf Jahre zurückliegt!**)

- Ich bin **nicht**
- Mitglied in einem Verein, der unanfechtbar verboten wurde oder der einem unanfechtbaren Betätigungsverbot unterliegt;
  - Mitglied in einer Partei, deren Verfassungswidrigkeit das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat;
  - innerhalb der letzten fünf Jahr mehr als einmal wegen Gewalttätigkeit mit richterlicher Genehmigung in polizeilichem Präventionsgewahrsam gewesen.
- Ich bin **nicht** in meiner Geschäftsfähigkeit beschränkt oder geschäftsunfähig, nicht abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln und nicht psychisch krank oder debil.
- Ich leide **nicht** an: schwerer Sehschwäche, Nachtblindheit, Farbuntüchtigkeit, Hirnverletzungen, schwerer Herz- und Kreislauferkrankung, Diabetes, Anfallsleiden, Geisteskrankheiten, Schwerhörigkeit oder Taubheit, Lähmungen oder anderen schweren Erkrankungen

**Ich versichere, dass meine Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.**

**Anlage:** Personalausweis (Kopie)

#### Hinweis nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung

Verantwortlich für die Verarbeitung dieser Daten ist das Landratsamt Landshut, Veldener Str. 15, 84036 Landshut, poststelle@landkreis-landshut.de, Tel. 0871 408-0. Die Daten werden im Rahmen des obengenannten Zwecks erhoben. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie im Internet unter <https://www.landkreis-landshut.de/Landratsamt/Datenschutz.aspx> abrufen. Alternativ erhalten Sie diese Informationen auch von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers