

**Antrag auf**       **Erteilung**       **Verlängerung**

eines „kleinen Waffenscheines“ (§ 10 Abs. 4 Satz 4 WaffRNeuRegG)

Name, evtl. Geburtsname				
Vorname				
Geburtsdatum und -ort				
Staatsangehörigkeit				
Geburtsname der Mutter				
aktuelle Anschrift, Telefon-Nr.				
weitere Wohnungen, ggfs. auch im europ. Ausland				
Wohnungen während der letzten 5 Jahre				
Ununterbrochen in der BRD wohnhaft seit <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/> .....				
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend				
Erlerner Beruf:		Derzeit ausgeübter Beruf:		
Vor- und evtl. Geburtsname des Ehegatten				
Wurde Ihnen bereits eine waffenrechtl. Erlaubnis ausgestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Art der Erlaubnis		Nr. und Ausstellungsdatum		ausstellende Behörde
.....				
.....				
Welche Art von Schußwaffen/Munition wollen Sie erwerben bzw. führen?				
Art der Waffe	Kaliber	Hersteller/Modell (soweit bekannt)	Herstellungs-Nr. (soweit bekannt)	Name und Anschrift des Überlassers (soweit bekannt)
.....				
Wie wollen Sie die Schußwaffen (bzw. Munition) aufbewahren (Beschreibung des Behältnisses)?				
.....				
Sind Sie mit den Vorschriften über Notwehr und Notstand vertraut? (§§ 32 bis 35 StGB, §§ 15, 16 OwiG) <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Sind Sie vorbestraft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Urteil rechtskräftig seit: _____ )				
Sind Sie rechtskräftig verurteilt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wg. folgender Straftaten				
_____				
_____				
Sind Sie Mitglied in einem Verein, der unanfechtbar verboten wurde oder der einem unanfechtbaren Betätigungsverbot unterliegt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Sind Sie Mitglied in einer Partei, deren Verfassungswidrigkeit das Bundesverfassungsgericht festgestellt hat? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Sind Sie innerhalb der letzten fünf Jahre mehr als einmal wegen Gewalttätigkeit mit richterlicher Genehmigung in polizeilichem Präventivgewahrsam gewesen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

Sind Sie

in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder geschäftsunfähig?  nein  ja

abhängig von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln?  nein  ja

psychisch krank oder debil?  nein  ja

Haben Sie körperliche oder geistige Mängel (z.B. Beeinträchtigung der Sehfunktionen, Schwerhörigkeit, Amputationen, Lähmungen, Alkohol- oder Arzneimittelmisbrauch, Rauschgiftsucht)?

nein  ja, folgende:

.....  
.....

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner vorstehend gemachten Angaben:

Ihre Angaben werden beim Amt für öffentliche Ordnung und Straßenverkehr der Stadt Regensburg gespeichert.  
Nach Art. 16 Abs. 2 BayDSG wird darauf hingewiesen, dass Ihre Angaben gem. § 39 WaffRNeuRegG erforderlich sind.

.....  
Ort, Datum

.....  
eigenhändige Unterschrift des/der Antragstellers/-in

Die Stadt Regensburg weist zusätzlich darauf hin: Versand des unterschriebenen Formulars nur per Post (E-Mail und Fax sind nicht zulässig!)