

ANEXO I

CERTIFICACION DE APTITUD PSICOLOGICA / PSIQUIATRICA Y FISICA PARA LA AUTORIZACION DE PORTACION DE ARMAS DE FUEGO PARA PRESENTAR ANTE EL REGISTRO NACIONAL DE ARMAS Y EXPLOSIVOS

DATOS PERSONALES

APELLIDO/S _____ NOMBRE/s: _____ DNI _____

Fecha de Nacimiento ___/___/___ (D/M/A) Sexo ___ Localidad de Residencia _____ Pcia. _____ Tel _____

Blank area for signature and applicant statement.

Firma

Aclaración del Solicitante

CERTIFICACION DE APTITUD FÍSICA Deberá ser expedida por Psiquiatra o Clínico

IMPORTANTE: La presente certificación deberá ser emitida por profesional médico matriculado y habilitado. Deberá certificarse si el solicitante se encuentra APTO / NO APTO FÍSICAMENTE para la PORTACIÓN de armas de fuego.

En la Ciudad de _____ a los ___ días del mes de _____ de _____, certifico en carácter de declaración jurada, haber examinado

personalmente al solicitante, cuyos datos personales se encuentran consignados en el encabezado del presente Anexo, el cual se encuentra _____

físicamente para la PORTACIÓN de armas de fuego. Matrícula del Profesional _____ Organismo que expidió la Matrícula _____

Domicilio del Profesional, _____ Altura _____ Piso ___ Unidad ___ C.P. _____ Teléfono _____

Localidad: _____ Provincia _____

Observaciones: _____

Blank area for observations.

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL APELLIDO NOMBRE

CERTIFICACION DE APTITUD PSICOLOGICA / PSIQUIATRICA Deberá ser expedida por Psiquiatra o Psicólogo

IMPORTANTE: La presente certificación deberá ser emitida por profesional médico matriculado y habilitado. Deberá certificarse si el solicitante se encuentra APTO / NO APTO PSICOLOGICAMENTE para la PORTACIÓN de armas de fuego.

En la Ciudad de _____ a los ___ días del mes de _____ de _____, certifico en carácter de declaración jurada, haber examinado

personalmente al solicitante, cuyos datos personales se encuentran consignados en el encabezado del presente Anexo, el cual se encuentra _____

Psicologicamente para la PORTACIÓN de armas de fuego. Matrícula del Profesional _____ Organismo que la expidió _____

Domicilio del Profesional _____ Altura _____ Piso ___ Unidad ___ C.P. _____ Teléfono _____

Localidad: _____ Provincia _____

Observaciones: _____

Blank area for observations.

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL APELLIDO NOMBRE

IMPORTANTE: Estas certificaciones tienen una validez de 60 (sesenta) días corridos desde la fecha de efectuadas.