

**CERTIFICACION DE APTITUD FISICA  
PARA PORTACIÓN DE ARMAS DE FUEGO**

**PARA SER PRESENTADO ANTE EL REGISTRO NACIONAL DE ARMAS**

**DATOS DEL SOLICITANTE:**

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: .....

DNI – LE – LC: .....

**CERTIFICACIÓN:**

CERTIFICO HABER EXAMINADO AL SOLICITANTE, EL CUAL SE ENCUENTRA.....

.....  
.....

PARA LA PORTACION DE ARMAS DE FUEGO.

LUGAR Y FECHA: .....

.....  
FIRMA Y SELLO DEL  
PROFESIONAL INTERVINIENTE

**DATOS DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE:**

APELLIDO Y NOMBRES: .....

DOMICILIO: .....

TELÉFONO: .....

NUMERO DE MATRICULA PROFESIONAL: .....

ORGANISMO QUE EXPIDIÓ LA MATRICULA: .....

.....

**INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL PROFESIONAL CERTIFICANTE:**

- 1) El presente certificado deberá ser emitido por profesional médico matriculado y habilitado.
- 2) Deberá certificarse si el solicitante se encuentra **APTO / NO APTO FÍSICAMENTE** para la portación de armas de fuego.
- 3) La portación de un arma de fuego consiste en disponer, en un lugar público o de acceso público de un arma de fuego cargada, en condiciones de uso inmediato.