

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 _____

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: _____

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 _____

Psicológicamente 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: _____

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL	APELLIDO	NOMBRE
-------------------------------	----------	--------

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