

**CERTIFICACIÓN DE APTITUD PSICOLÓGICA / PSIQUIÁTRICA
PARA LEGÍTIMO USUARIO 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 TENENCIA 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 psicólogo o psiquiatra matriculado y habilitado.
- 2) Deberá certificarse si el solicitante se encuentra **APTO / NO APTO PSICOLÓGICA O PSIQUIATRICAMENTE** para la tenencia de armas de fuego.
- 3) La tenencia de un arma de fuego consiste en la acción de disponer del arma dentro del ámbito de custodia del solicitante, pudiendo disponer físicamente de ella sin recurrir a terceros, por su simple voluntad. La autorización de tenencia, permite al legítimo usuario a mantener el arma en su poder, usarla con fines lícitos, transportarla, adiestrarse y practicar en polígonos autorizados.