

**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.