

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Certifico que al Señor (a)

RUN.Se le practicó examen psicofísico el cual dio como

resultado que el examinado se encuentra

APTO	
------	--

NO APTO	
---------	--

para la adquisición y tenencia de un arma de fuego.

Otorgado con Fecha/...../...../

ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL MEDICO CERTIFICANTE

Nombre completo.....

RUN:.....N° Inscripción Colegio Médico.....

Domicilio.....Comuna.....

Teléfono

FIRMA Y TIMBRE DEL PROFESIONAL

NOTA:

- 1) El certificado deberá corresponder al original, en forma manuscrita, con letra clara y sin enmiendas en su totalidad.
- 2) El certificado debe ir en sobre cerrado, él que será entregado por el solicitante ante la Autoridad Fiscalizadora correspondiente.
- 3) La Ley 17.798 de control de armas y elementos similares y su Reglamento Complementario dispone dentro de los requisitos para la Inscripción de Armas de Fuego, la presentación de un Certificado Médico