**CERTIFICADO DE VALIDACIÓN**

La Teniente Coronel de Carabineros y jefe del Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dependiente de la Dirección de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que suscribe, certifica:

Que, el **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** C.F. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.I. N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de esta dotación, presta servicios desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en esta Unidad especializada, de conformidad al área de responsabilidad asignada por el mando.

Que, el precitado funcionario, no se encuentra afectado por hechos constitutivos de Violencia Intrafamiliar y/o haciendo uso de Licencia Médica por afecciones de psiquiátricas, y tiene los conocimientos necesarios sobre conservación, mantenimiento y manejo de arma que pretende inscribir, al momento de emitido el presente documento.

Se extiende el presente certificado a petición del interesado y es válido para ser presentado ante la autoridad fiscalizadora de control de la Ley N° 17.798.

En Santiago, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Firma)**