

**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