

**INFORME PSIQUIATRICO PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN DE PORTE DE  
ARMAS DE FUEGO DE SEGURIDAD Y PROTECCION**

(EMITIDO POR UN MÉDICO PSIQUIATRA)  
VIGENCIA: 60 DÍAS DESDE QUE ES EXTENDIDO)  
(Reglto. Complem. Art. 143, letra e)

**DATOS PERSONALES DEL EXAMINADO**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO			FONO

DOMICILIO PARTICULAR

EMPLEADOR

DOMICILIO LABORAL	FONO

PROFESIÓN O ACTIVIDAD

**A - PRUEBAS O EXAMENES APLICADOS (Especificar Tipo de Exámenes)**


**B.- SÍNTESIS**  
(Evaluación aptitud del examinado para porte de arma de fuego)


C.- RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA QUE EL EXAMINADO:

1.- SEA AUTORIZADO PARA EL PORTE DE ARMAS DE FUEGO

2.- NO SEA AUTORIZADO PARA EL PORTE DE ARMAS DE FUEGO

--	--	--

FECHA DE LA ENTREVISTA

TIMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

NOMBRE:

R.C.M.:

C.I.:

FONO:

