



MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
Dirección General de Movilización Nacional

CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA

Certifico que el Señor (a).....

RUN. Se le practicó examen psicofísico el cual dio como resultado que el examinado se encuentra:

a. Para la posesión y tenencia de un arma de fuego: APTO NO APTO

b. Para impartir capacitación sobre armas de fuego: APTO NO APTO
(cuando corresponda)

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

ANTECEDENTES DEL PROFESIONAL MEDICO CERTIFICANTE

Nombre Completo:.....

RUN: Inscripción Superintendencia de Salud.....

Domicilio.....

Comuna.....

Teléfono.....

Email

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
- 4) Acreditar que posee una aptitud física y psíquica compatible con el uso de armas, lo que deberá ser certificado por un médico con la especialidad de psiquiatría adulto.
- 5) Este profesional deberá encontrarse acreditado como médico con la especialidad de psiquiatría adulto en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que administra la Superintendencia de Salud.
- 6) Las autoridades fiscalizadoras verificarán en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, que los facultativos cumplan con el requisito establecido, debiendo imprimir el informe y archivar junto con todos los antecedentes de la inscripción del arma de fuego o acreditación correspondiente.
- 7) Este certificado de aptitud psicofísica tendrá una vigencia de 90 días hábiles desde su emisión, esta evaluación debe ser privada entre el profesional y paciente.