

**ANEXO "A" SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA
PARTICULAR INDIVIDUAL.**

México, Cd. Méx., a _____ de _____ de _____

C. General.
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL.
DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO FEDERAL
DE ARMAS DE FUEGO Y CONTROL DE EXPLOSIVOS.
AV. INDUSTRIA MILITAR No. 1111.
COL. LOMAS DE TECAMACHALCO.
EDIFICIO No. 1, PLANTA BAJA.
CAMPO MIL. No. 1-D,
C.P. 53950.- EDO. MÉXICO

El que suscribe, Lic. _____ (Nombre del Titular y Responsable), Presidente de la empresa _____, por medio de la presente, solicito a usted, tenga a bien girar sus respetables órdenes a quien corresponda, para el efecto de que en caso de no existir inconveniente alguno, se autorice a mi favor, la **RENOVACION** de las **Licencias Particulares Individuales de Portación de Arma de Fuego**, del personal que se desempeña en esta empresa como: _____.

No.	NOMBRE	No. LICENCIA	CARACTERISTICAS DEL ARMA			
			CLASE	CALIBRE	MODELO	MATRICULA
1						
2						
3						

Sin más por el momento, reitero a usted mi más distinguida consideración.

Firma del Titular.

No. Telefónico: _____

Dirección: _____

**ANEXO "A" SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA
PARTICULAR INDIVIDUAL.**

México, Cd. Méx., a _____ de _____ de _____

C. General.
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL.
DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO FEDERAL
DE ARMAS DE FUEGO Y CONTROL DE EXPLOSIVOS.
AV. INDUSTRIA MILITAR No. 1111.
COL. LOMAS DE TECAMACHALCO.
EDIFICIO No. 1, PLANTA BAJA.
CAMPO MIL. No. 1-D,
C.P. 53950.- EDO. MÉXICO.

El que suscribe, _____ (NOMBRE COMPLETO DEL PORTADOR), por medio de la presente, solicito a usted, tenga a bien girar sus respetables órdenes a quien corresponda, para el efecto de que en caso de no existir inconveniente alguno, se autorice a mi favor, la **RENOVACION** de la **Licencia Particular Individual de Portación de Arma de Fuego**, que a continuación se describe:

No. LIC.	CARACTERISTICAS DEL ARMA				FOLIO DEL REGISTRO FEDERAL DEL ARMA
	CLASE	CALIBRE	MODELO	MATRICULA	

Sin más por el momento, reitero a usted mi más distinguida consideración.

Firma del Portador

No. Telefónico: _____

Dirección: _____

ANEXO "B" CARTA DE MODO HONESTO DE VIVIR.

México, Cd. Méx., a _____ de _____ de _____

C. General.
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL.
DIRECCIÓN GENERAL DEL REGISTRO FEDERAL
DE ARMAS DE FUEGO Y CONTROL DE EXPLOSIVOS.
AV. INDUSTRIA MILITAR No. 1111.
COL. LOMAS DE TECAMACHALCO.
EDIFICIO No. 1, PLANTA BAJA.
CAMPO MIL. No. 1-D,
C.P. 53950.- EDO. MÉXICO.

CARTA DE MODO HONESTO DE VIVIR.

Por medio de la presente carta HAGO CONSTAR que el C. (NOMBRE COMPLETO DEL PORTADOR), labora conmigo en (NOMBRE DE LA EMPRESA) desde el (DIA) de (MES) de (AÑO), con una antigüedad de (AÑOS QUE HA LABORADO), misma persona que conozco desde hace (AÑOS DE CONOCERLO), mostrando buena conducta, honradez, interés y disposición para el trabajo, se ha caracterizado por tener un modo honesto de vivir, ocupando actualmente el puesto de (PUESTO QUE OCUPA) y con una percepción de \$ (SUELDO QUE PERCIBE) (SUELDO QUE PERCIBE EN LETRA 00/100 M.N.) mensuales.

Se extiende la presente para los fines legales a que haya lugar, en la Plaza de (LUGAR), a los (DIA) días del mes de (MES) de (AÑO).

Atentamente.

 (NOMBRE Y CARGO DE QUIEN FIRME)

ANEXO “F” CERTIFICADO DE SALUD FISICA.

CERTIFICADO MEDICO DE NO IMPEDIMENTO FISICO (SALUD FISICA).

EL SUSCRITO MEDICO CIRUJANO (Nombre completo y apellidos), LEGALMENTE AUTORIZADO POR LA DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES PARA EJERCER LA PROFESION DE MEDICO CIRUJANO, CON CEDULA PROFESIONAL NUMERO (con cifra).

C E R T I F I C A .

QUE HABIENDO PRACTICADO RECONOCIMIENTO MEDICO EL DIA DE LA FECHA A LAS (con letra) HORAS AL C. (Nombre completo y apellidos), DE (con letra) AÑOS DE EDAD, LO ENCONTRE: INTEGRO FISICAMENTE, SIN DEFECTOS NI ANOMALIAS DEL APARATO LOCOMOTOR, CON AGUDEZA VISUAL, CAMPO VISUAL, PROFUNDIDAD DE CAMPO, ESTEREÓPSIS Y PERCEPCIÓN CROMÁTICA, AGUDEZA AUDITIVA, APARATO CARDIOVASCULAR, APARATO RESPIRATORIO, APARATO LOCOMOTOR (INTEGRIDAD, MOTILIDAD Y REFLEJOS), EXAMEN NEUROLÓGICO (COORDINACIÓN Y REFLEJOS), Y EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL.

POR LO ANTERIOR SE ESTABLECE QUE EL C. (Nombre completo y apellidos), NO PRESENTA IMPEDIMENTO FISICO.

EXPIDO EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO, A PETICION DEL C. (Nombre completo y apellidos), PARA LOS USOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE (Nombre y Estado), A LOS (con letra) DIAS DEL MES DE (con letra) DEL AÑO (con letra).

Dr. (nombre completo y apellidos).

(No. Cédula Prof.).

ANEXO “G” EXAMEN PSICOLOGICO.

CERTIFICADO MEDICO-PSICOLOGICO DE SALUD MENTAL.

El que suscribe (Nombre completo y apellidos), Licenciado en Psicología legalmente autorizado para ejercer su profesión con Cédula Profesional Número (con cifra).

CERTIFICA

Que habiendo practicado reconocimiento psicológico y examen mental el día de la fecha a las (con letra) horas, al C. (Nombre completo y apellidos), lo encontré: CON ESTADO DE ALERTA CONSERVADO, ESTADO DE ÁNIMO SIN DEPRESIÓN NI ANSIEDAD, AUSENCIA DE ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCIÓN Y NIVEL DE ENERGÍA SIN ALTERACIONES.

Dicha evaluación se complementó mediante la revisión de pruebas psicológicas de test de personalidad de inteligencia y de exploración de impulsividad y organicidad.

Por lo anterior se establece que el C. (Nombre completo y apellidos), no presenta ninguna alteración del estado mental.

A solicitud del C. (Nombre completo y apellidos), para los usos legales a que haya lugar, se expide el presente certificado en la Ciudad de (Nombre y Estado) a los (con letra) días del mes de (con letra) del año (con letra).

Licenciado en Psicología (Nombre completo y apellidos).
(No. Cédula Prof.).

NOTA:- Se deberán adjuntar a este documento los resultados de las pruebas Psicológicas de los test practicados.

ANEXO "H" EXAMEN TOXICOLOGICO.

CERTIFICADO MEDICO-TOXICOLOGICO DE NO CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTRÓPICOS.

EL SUSCRITO MEDICO CIRUJANO (Nombre completo y apellidos), LEGALMENTE AUTORIZADO POR LA DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES PARA EJERCER LA PROFESION DE MEDICO CIRUJANO, CON CEDULA PROFESIONAL NUMERO (con cifra).

C E R T I F I C A

QUE HABIENDO PRACTICADO RECONOCIMIENTO MEDICO CON CARÁCTER TOXICOLOGICO EL DIA DE LA FECHA A LAS (con letra) HORAS AL C. (Nombre completo y apellidos), DE (con letra) AÑOS DE EDAD, LO ENCONTRE: SIN SIGNOS NI SINTOMAS AGUDOS NI CRONICOS QUE INDIQUEN LA EVIDENCIA DE CONSUMO DE ALGUN TIPO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTRÓPICOS. SE COMPLEMENTO LA EVALUACION CON EL EXAMEN DE LABORATORIO TOXICOLOGICO EN ORINA, RESULTANDO NEGATIVO PARA LA PRESENCIA DE METABOLITOS DE DROGAS COMO CANNABIS, COCAINA, ANFETAMINAS, BARBITURICOS Y BENZODIACEPINAS.

POR LO ANTERIOR SE ESTABLECE QUE EL C. (Nombre completo y apellidos), NO PRESENTA EVIDENCIA CLINICA NI QUIMICA NI ENZIMATICA DE SER AFECTO AL CONSUMO DE DROGAS, ENERVANTES O PSICOTROPICOS.

EXPIDO EL PRESENTE CERTIFICADO MEDICO, A PETICION DEL C. (Nombre completo y apellidos), PARA LOS USOS LEGALES A QUE HAYA LUGAR, EN LA CIUDAD DE (Nombre y Estado), A LOS (con letra) DIAS DEL MES DE (con letra) DEL AÑO (con letra).

Dr. (nombre completo y apellidos).
(No. Cédula Prof.).

NOTA:- Se deberá adjuntar a este documento el resultado de los estudios químicos toxicológicos que se hubieren practicado al interesado.