

ANEXO "A" SOLICITUD DE EXPEDICION DE LICENCIA PARTICULAR INDIVIDUAL.

México, D.F., 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 suscrito ____ (NOMBRE) _____, de ocupación ____ (EMPLEO) _____, señalando como domicilio para oír y recibir notificaciones el ubicado en la calle ____ (NOMBRE CALLE) _____, casa ____ (No.) _____, colonia ____ (NOMBRE COLONIA) _____, Código Postal ____ (No.) _____, teléfono ____ (No.) _____, Delegación o Municipio _____, de la ciudad de _____, Estado de _____, ante usted con el respeto y consideración debidos, manifiesto lo siguiente:

Que con fundamento en los artículos 8° y 35 fracción V de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 24 y 25 fracción I de la Ley Federal de Armas de Fuego y Explosivos, me permito solicitar a usted, tenga a bien autorizar se me expida previo el pago de derechos, una Licencia Particular Individual de Portación de Arma de Fuego de calibre y características permitidas por la citada ley, para tal efecto adjunto los requisitos exigidos por el artículo 26 fracción I de la Ley Federal de Armas de Fuego y Explosivos, los cuales compruebo en términos del artículo 25 de su Reglamento, y de conformidad con el Acuerdo Administrativo No. DGRFAFCE/01/2003, Publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 25 de junio de 2003.

CAUSAS QUE JUSTIFICAN LA SOLICITUD.

(EL PETICIONARIO DESCRIBIRA EN FORMA CLARA, LAS CAUSAS QUE ACREDITEN LA NECESIDAD DE PORTAR ARMA DE FUEGO).

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

(Firma del interesado)

ANEXO "B" CARTA DE MODO HONESTO DE VIVIR.

México, D.F., 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. _____, labora conmigo en _____ desde el _____ de _____ de _____, con una antigüedad de _____, misma persona que conozco desde hace _____, 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 _____ y con una percepción de \$ _____ (_____00/100 M.N.) mensuales.

Se extiende la presente para los fines legales a que haya lugar, en la Plaza de _____, a los _____ días del mes de _____ de _____.

Atentamente.

(NOMBRE Y CARGO DE QUIEN FIRME)

ANEXO “C” 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 "D" 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 "E" 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.).

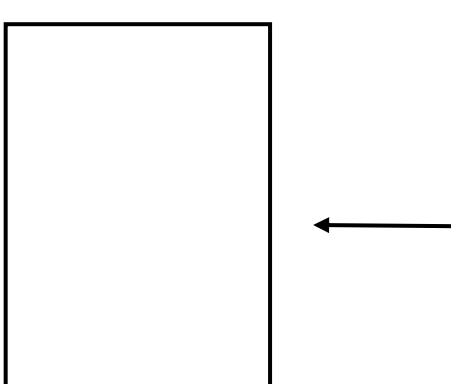
NOTA:- Se deberá adjuntar a este documento el resultado de los estudios químicos toxicológicos que se hubieren practicado al interesado.

ANEXO "F" FOTOGRAFÍA.

NOMBRE _____

C.U.R.P. _____

COLOQUE UNA FOTOGRAFÍA **TAMAÑO CREDENCIAL** A COLOR, DE FRENTE, EN FONDO BLANCO Y SIN RETOQUE. (DE TRAJE Y CORBATA).



COLOQUE SU FIRMA CON PLUMÍN MEDIANO, COLOR NEGRO, SIN REBASAR LAS LÍNEAS.

