PPR-329
Rev. 03-2001

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Policía de Puerto Rico

SOLICITUD DE LICENCIA DE ARMAS

FOTO
2 X 2

PARA USO OFICIAL

Fecha Radic.	Núm. Caso	Núm. Licencia	Fecha Exped.	Lic. Anterior

Este formulario debe ser llenado en su totalidad y en duplicado conforme a la Ley de Armas de Puerto Rico.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

1. Apellido Paterno	Materno	Nombre	Inicial	2. Apodo y/o Alias
3. Seguro Social	4. Lugar Nacimiento	5. Fecha Nacimiento	
6. Sexo: F ó M	7. Tez	8. Color Ojos	
9. Color Cabello	10. Peso	11. Estatura	
12. Señas Particulares	13. Núm. Lic. Conducir		
14. Estado Civil ☐ Casado ☐ Soltero	15. Si es Agente del Orden Público, indicar calibre de su arma de reglamento		
16. Ciudadano Americano ó Residente Legal	17. Núm. Residencia		
18. ¿Veterano? ☐ SI ☐ NO Si es veterano acompañe copia de la forma DD-214			
19. ¿Pertenece a la Reserva de los Estados Unidos ó Guardia Nacional de Puerto Rico? Incluya evidencia en caso afirmativo ☐ SI ☐ NO			
20. Dirección Residencial			
21. Dirección Postal			
22. Dirección Residencial Anterior			
23. ¿Ha residido fuera de Puerto Rico? ☐ SI ☐ NO ¿Donde?			
24. Telefono Residencial	25. Telefono del Trabajo		
26. Nombre del Cónyuge	27. Seguro Social Cónyuge		

INFORMACIÓN DEL EMPLEO:

28. Nombre de la Agencia o Compañía donde trabaja	29. Puesto
30. Dirección de la Agencia o Compañía	

AUTORIZACIÓN PARA PRACTICAR INVESTIGACIÓN

Nombre: _____

Dirección Residencial: _____

A tenor con la Ley de Armas de Puerto Rico, sobre requisito para obtener una licencia de armas, el Superintendente podrá, discretamente y de forma pasiva, sin perturbar la privacidad del hogar, realizar cuantas investigaciones estime pertinentes despues de remitirse la licencia al Peticionario. El expediente de la investigación practicada, así como la información contenida en el mismo, estará clasificada como de: ***CONFIDENCIAL***

Fecha _____ Firma Entregado, Aceptado y Autorizado _____

DESCRIPCIÓN DEL ARMA DE FUEGO(si aplica):

Clase: _____/_____ Tipo: _____/_____

Serie: _____/_____ Calibre: _____/_____

Marca: _____/_____ Modelo: _____/_____

Núm. Inscripción: _____/_____

El número de la licencia del dueño anterior de esta arma es: _____/_____

Favor de indicar a continuación los lugares en donde usted haya residido en los últimos (5)años. Incluir los lugares fuera de Puerto Rico.

Dirección	Mes	Año

LUGARES DE TRABAJO

Una lista de lugares donde usted haya trabajado durante los últimos cinco (5) años

Dirección	Mes	Año	Teléfono

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Dirección	Teléfono

Firma Peticionario: _____ Fecha: _____

REQUISITOS BASICOS REQUERIDOS PARA OBTENER LICENCIA DE ARMAS

- ☐ Esta solicitud debe ser complementada en su totalidad en duplicado y deberá radicarla en la comandancia de área donde reside el peticionario ó en el Cuartel General, División Registro de Armas.
- ☐ Todo solicitante deberá haber cumplido 21 años.
- ☐ Certificado negativo de antecedentes penales.
- ☐ Comprobante de Rentas Internas de $100.00.
- ☐ Complementar solicitud de Licencia de Armas (Forma PPR-329).
- ☐ Dos fotografías 2"x2" recientes y a colores.
- ☐ Huellas dactilares (*visite el Cuartel de la Policía más cercano.*)
- ☐ Cetificación de ASUME.
- ☐ Tres(3) declaraciones juradas de tres(3) personas que no tengan relación de consanguinidad ó afinidad con el peticionario y que so pena de perjurio, atestigüen que el peticionario goza de buena reputación en su comunidad, que no es propenso a cometer actos de violencia y que a su mejor saber éste se encuentra emocionalmente apto para poseer armas de fuego, por lo que no existe objeción a que tenga armas de fuego.
- ☐ Acompañar sobre-predirigido con sello postal adherido.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

- ☐ Prueba de Ciudadania o Residencia, número de Residente.
- ☐ Inscripción del arma ó procedencia. Si el arma ha sido traída del extranjero, deberá acompañar una Declaración Jurada que indique como obtuvo el arma y deberá presentar copia del recibo de la compra del arma.
- ☐ Certificado de Nacimiento.
- ☐ Forma DD-214
- ☐ Si ha sido indultado deberá acompañar copia de la Carta de Indulto. Igualmente en aquellos casos en que se haya eliminado la convicción de récord penal mediante el recurso dispuesto por Ley.
- ☐ Certificación de curso de Uso y Manejo de Armas de Fuego.
- ☐ Solicitud de Compra o Traspaso del Arma de Fuego (PPR-379).
- ☐ Copia de recibo de Venta ó Traspaso del Arma.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA OBTENER PERMISO DE TIRO AL BLANCO

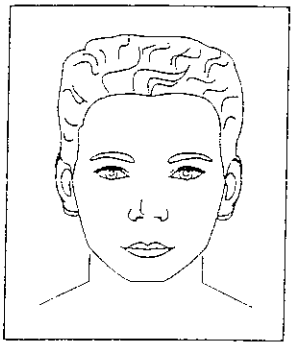
- ☐ Sello de Rentas Internas por valor de $25.00 para nueva solicitud.
- ☐ Dos (2) retratos recientes tamaño 2" x 2".
- ☐ Sello Federativo de una Asociación o Federación de Tiro debidamente reconocida por el Comite Olímpico de Puerto Rico haciendo constar que es socio de la misma.
- ☐ Certificación de un Club de Tiro al Blanco debidamente reconocido por el Departamento de Recreación y Deportes de Puerto Rico haciendo constar que es socio del mismo.

DOCUMENTOS REQUERIDOS EN CASO DE QUE EL ARMA HAYA SIDO PERDIDA O HURTADA

- ☐ Copia de la Querella del Hurto del Arma o Informe notificando la pérdida del arma.
- ☐ Declaración Jurada detallando los hechos de dicho Hurto.
- ☐ Informe de Recuperación del Hurto del Arma.

DOCUMENTOS REQUERIDOS EN CASO DE HEREDEROS

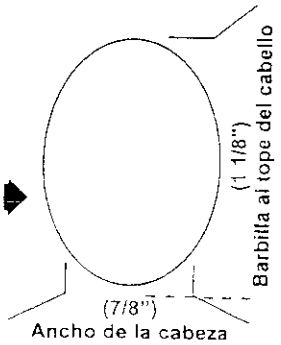
- ☐ Declaración Jurada de Herederos cediéndole el arma.



Ejemplo de Foto

ESPECIFICACIONES DE LA FOTOGRAFIA A COLOR

El Tamaño de la cabeza incluyendo el cabello



Las fotos tienen que ser según se demuestran arriba y sin sombrero.

Las fotos tamaño 2"x2" y el tamaño de la cabeza incluyendo el cabello, tiene que ajustarse con el óvalo ilustrado arriba.

Las fotos tienen que ser recientes y a colores.

Las fotos no pueden estar manchadas, rotas, ni mutiladas.

Escriba su nombre y seguro social en la parte atrás de la foto.

No use pega ni grapas, fije la foto a la solicitud con sujetapapeles (*paper clip*).

AUTORIZACION PACIENTE

Yo_____ por la presente autorizo a:

☐ Fondo Seguro del Estado _____
Nombre del Médico

☐ Retiro _____
Nombre del Médico

☐ Médico Privado _____
Nombre del Médico y Lugar de la Oficina

☐ Institución Hospitalaria Privada _____
Nombre de la Institución, Nombre del Médico

☐ Institución Hospitalaria Pública _____
Nombre de la Institución, Nombre del Médico

a suministrar al Superintendente de la Policía de Puerto Rico o a la persona en quien él delegue, cualquier información relacionada con el tratamiento que he recibido en dicha persona o institución por ☐ condición orgánica ☐ condición emocional.

Además autorizo a examinar el récord y a obtener copia de éste.

_____ _____
Fecha Firma

AUTORIZACION

Por la presente autorizo a cualquier persona particular, o cualquier corporación, institución educativa, empresa, agencia o entidad pública federal o privada, para que ofrezcan al Superintendente de la Policía de Puerto Rico o a la persona o personas en quien delegue, cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquélla que se relacione con mi conducta, reputación, crédito, salud, hábitos, situación económica o de cualquier otra índole que ellos estimen necesaria y pertinente a la investigación o solicitud de Licencia de Detective Privado y/o Guardia de Seguridad.

_____ _____
Fecha Firma