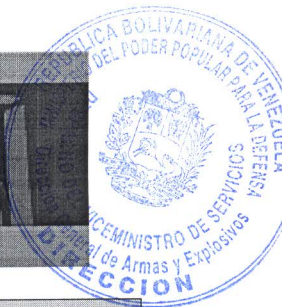




DAEX

Dirección General de Armas y Explosivos
www.daex.mil.ve



DATOS PERSONALES DEL INTERESADO				
PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	CEDULA DE IDENTIDAD
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	RIF:	
CORREO ELECTRONICO:				
DIRECCIÓN				
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:				
PAIS:				
ESTADO:				
MUNICIPIO:				
PARROQUIA:				
DIRECCIÓN DE OFICINA:				
PAIS:				
ESTADO:				
MUNICIPIO:				
PARROQUIA:				
GRADO DE INSTRUCCIÓN:		PROFESIÓN U OFICIO:		
CARACTERISTICAS DEL ARMA				
TIPO	MODELO	PROVEEDOR	Nº FACTURA	FECHA DE LA FACTURA
CALIBRE	MARCA	SERIAL DEL ARMA	TIPO DE PORTE DE ARMA	
Nº DEPOSITO:		FECHA DEPOSITO:		SIIPOL:
FECHA PRUEBA BALISTICA:			Nº SOBRE:	
TELEFONOS				
HABITACIÓN	OFICINA	FAMILIAR	PERSONAL	

LUGAR Y FECHA DE ESTA SOLICITUD: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

IMPRESIÓN DACTILAR

PULGAR	PULGAR
IZQUIERDO	DERECHO