



Rev. 05-ago-2011

**GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE RECURSOS NATURALES Y AMBIENTALES
APARTADO 366147
SAN JUAN PUERTO RICO 00936
TEL. (787) 999-2200**

Número de Secretaría

**SOLICITUD DE LICENCIA DE CAZA DEPORTIVA
(Por primera vez)**

Nombre _____ Fecha _____

Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Ocupación _____ Nombre y dirección de empleo _____

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Teléfono () _____ Celular () _____

¿Posee licencia de armas? Sí No Número _____

*¿Ha tomado el curso de educación a cazadores? Sí No

Estatura _____ Peso _____ Fecha de Nacimiento _____
Día-mes-año

Sexo: M F Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

*** De no haber tomado el curso tendrá que comparecer a tomar el mismo una vez sea citado por el Departamento. El no asistir conllevará la revocación de su licencia.**

Firma del Solicitante

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RECURSOS NATURALES Y AMBIENTALES

(No escriba en este espacio)

Núm. de Licencia _____

Fecha Emisión _____

Fecha Expiración _____

Firma del Director _____

Fecha _____

REQUISITOS

Completar la solicitud en todas sus partes en tinta y letra de molde.

1. _____ Certificado negativo de antecedentes penales de la Policía de Puerto Rico. **(No más de noventa (90) días de expedido)**
2. _____ Formulario provisto por el DRNA para el Certificado Médico **(no más de seis (6) meses de expedido)**.
3. _____ Dos fotos 2" x 2" recientes e idénticas, preferiblemente tipo pasaporte.
4. _____ Declaración jurada del solicitante provista por el DRNA.
5. _____ Pagar la cantidad de \$25.00 en cheque certificado o giro a nombre del Secretario de Hacienda, pago en efectivo o ATH.
6. Evidencia de solvencia moral. Puede ser demostrada presentando una de las siguientes:
 - a. _____ Copia de una licencia de tiro al blanco **vigente** o cualquier otra licencia o permiso para poseer armas de fuego.
 - b. _____ Declaración jurada provista por el DRNA a esos efectos.
7. _____ Copia del certificado o carnet del Curso de Educación a Cazadores.

Certifico que la solicitud **está completa** y tiene anejos todos los documentos complementarios necesarios para la radicación.

Firma del funcionario que recibe la solicitud

Fecha (día-mes-año)



Rev. 05-ago-2011

**DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE PARA
ACOMPañAR CON LA SOLICITUD DE LICENCIA DE CAZA
DEPORTIVA
(POR PRIMERA VEZ)**

Yo, _____, estado civil _____, años de edad _____,
seguro social _____ y vecino de _____ bajo juramento declaro:

1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las arriba indicadas.
2. Que nunca he sido convicto por ningún Tribunal de Puerto Rico, en el exterior o en los Estado Unidos de América, de delito grave (felona) o de delitos que envuelven actos de violencia, depravación moral o de cualquier infracción a la Ley de Armas de Puerto Rico (Ley núm. 404 del 11 de septiembre de 2000, según enmendada); a la ley de substancias controladas de Puerto Rico (Ley núm. 4 del 23 de junio de 1971); o haber sido convicto o multado por violar cualquier disposición de la Nueva Ley de Vida Silvestre (Ley núm. 241 del 15 de agosto de 1999) o los reglamentos promulgados en virtud de la misma o cualquier reglamentación federal relativa a la Vida Silvestre.

Que lo declarado es la verdad y nada más que la verdad y para que así conste,
firmo la presente en _____ Puerto Rico, hoy ____ de
_____ de _____.

Declarante

Affidávit Número _____

Jurado y suscrito ante mí por _____ de las circunstancias
personales antes indicadas, a quien conozco personalmente en Puerto Rico hoy
____ de _____ de _____.

Notario Público

Sello Notario



Rev. 05-ago-2011

**GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE RECURSOS NATURALES Y AMBIENTALES
APARTADO 366147
SAN JUAN PUERTO RICO 00936**

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Instrucciones al médico:

De acuerdo con las disposiciones de la ley número 241, conocida como "Nueva Ley de Vida Silvestre de Puerto Rico", aprobada el 15 de agosto de 1999, todo aspirante a obtener una Licencia de Caza deberá estar capacitado mental y físicamente para ello. El médico examinará al solicitante y certificará las condiciones físicas y mentales en que se encuentra dicho solicitante.

HISTORIAL MÉDICO

Nombre Completo _____

Seguro Social ____ - ____ - ____ **Edad** ____ **Sexo** ____ **Peso** ____ lbs

Estatura ____ pies ____ pulgs **Color de Ojos** ____ **Color de pelo** ____

Condiciones Físicas y/o Mentales:

1. Agudeza visual:

Ojo derecho con espejuelos 20/ ____ Ojo izquierdo con espejuelos 20/ ____

Ojo derecho sin espejuelos 20/ ____ Ojo izquierdo sin espejuelos 20/ ____

2. Problemas de:

Oídos _____

Piernas _____

Brazos _____

3. Limitaciones Físicas _____

4. Limitaciones Mentales _____

El que suscribe, debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico hace constar que ha examinado a _____ y certifica que dicha persona está física y mentalmente capacitada para poseer y transportar armas de caza.

Firma del solicitante

Firma del Médico

Fecha de examen

Nombre y Núm. de Lic. Del Médico