



**ACTA DE TOMA DE MUESTRAS DE RESIDUOS DE DISPARO
DE ARMA DE FUEGO**

Montevideo.....dede 20.....

Por la presente el abajo firmante da su entera conformidad para la realización de la toma de residuos de disparo de arma de fuego.

NN: / Nombres:.....

Apellidos:.....

CI:CASO:..... SGSP:.....

Hora del levantamiento:.....

Observaciones: NO / SI

.....

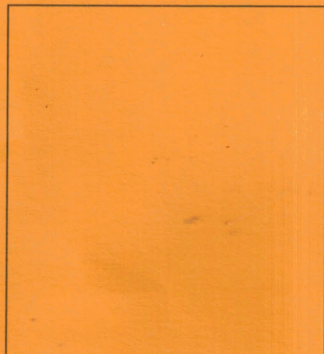
.....

.....

Fallecido /Firma:

CONTROL DE MONODACTILAR

Se deja constancia que la impresión digital que luce al pie de la presente, se corresponde con el dígito pulgar derecho de la persona que luce al inicio del acta.



PD

Funcionario que toma la muestra:.....