

---

FORMATO PARA LA APELACION DE RESOLUCION DE UN CERTIFICADO

MEDICO DENEGADO

Lugar y fecha:

Director e Interventor:

Dirección General de Aeronáutica Civil, Guatemala.

Despacho.

Estimado Director e Interventor.

De acuerdo a la nota Adjunta (FORMA – FS-DGAC-MEDIC-01) con fecha \_\_\_\_\_ de acuerdo a la evaluación Psicofísica realizada a mi persona se me diagnostico \_\_\_\_\_

Por el cual se me ha denegado el certificado médico clase 1      2              
Y clase 3     

Por lo antes descrito y de acuerdo a la Ley de Aviación Civil vigente, solicito a usted, se me realicen las evaluaciones de campo y/o de laboratorio necesarios para obtener el certificado médico correspondiente.

No omito manifestarle que de antemano acepto el resultado sea favorable o desfavorable para mi persona. Po lo tanto reconozco que no podré ejercer los privilegios aeronáuticos que el certificado médico que emite la Dirección General de Aeronáutica Civil de Guatemala, me confiere.

Atentamente,

Nombre:

Licencia No.:

Cargo:

Teléfono:

Dirección:

\_\_\_\_\_  
Firma