

SOLICITUD DE LICENCIAS Y/O HABILITACIONES PARA PILOTOS

1. APELLIDOS: _____
2. NOMBRES: _____
3. FECHA DE NACIMIENTO: dd/mm/aa EDAD: _____
4. LUGAR DE NACIMIENTO: _____
5. NÚMERO DE DPI/PASAPORTE: _____ NACIONALIDAD: _____
6. DIRECCIÓN: _____
7. TELEFONO: (____) _____ CELULAR: (____) _____
8. CORREO ELECTRONICO: _____
9. NIVEL DE EDUCATIVO: SECUNDARIA DIVERSIFICADO UNIVERSITARIO
10. SE LE HA EMITIDO ALGUN TIPO DE LICENCIA ANTERIORMENTE:
SI INDIQUE TIPO DE LICENCIA: _____ NO

11. QUE TIPO DE LICENCIA O HABILITACION ESTA SOLICITANDO:

- | | | |
|---|--|--|
| Piloto Privado Avión <input type="checkbox"/> | Piloto ATP Avión <input type="checkbox"/> | Piloto MPL <input type="checkbox"/> |
| Piloto Privado Helicóptero <input type="checkbox"/> | Piloto ATP Helicóptero <input type="checkbox"/> | Habilitación <input type="checkbox"/> |
| Piloto Comercial Avión <input type="checkbox"/> | Alumno Piloto <input type="checkbox"/> | Instructor de Vuelo <input type="checkbox"/> |
| Piloto Comercial <input type="checkbox"/> | Habilitación Instrumentos <input type="checkbox"/> | Habilitación Fumigación <input type="checkbox"/> |
| Helicóptero <input type="checkbox"/> | Habilitación Multimotor <input type="checkbox"/> | Agrícola <input type="checkbox"/> |
| Habilitación de Categoría <input type="checkbox"/> | Indique cuál: _____ | |
| Habilitación de Clase <input type="checkbox"/> | Indique cuál: _____ | |
| Habilitación de Tipo <input type="checkbox"/> | Indique cuál: _____ | |

CERTIFICADO MEDICO No.: _____ CLASE DE CERTIFICADO MEDICO: 1 2 3

FECHA DE EMISION: dd/mm/aa FECHA DE VENCIMIENTO: dd/mm/aa
MEDICO EXAMINADOR: _____

A. PRUEBA PRACTICA										
Examinador Designado: _____										
Aeronave Utilizada: _____ Tiempo Total en esta Aeronave (SIM/FTD): _____										
B. PERSONAL MILITAR										
Tiempo de Servicio Militar: _____ Rango y Numero de Identificación de Servicio: _____										
Liste las Aeronaves Voladas: _____ _____										
Liste las Aeronaves que ha volado 10 horas o más en los últimos 12 meses, en cumplimiento de RAC LPTA 1.2.11 (d) (2): _____ _____										
Ultimo Chequeo de Instrumentos, en Cumplimiento de la RAC LPTA 1.2.11 (d) (1): _____										
C. INFORMACIÓN DEL CURSO:										
Nombre de la Escuela/Operador: _____										
Nombre del Curso: _____ Fecha: <u>dd/mm/aa</u>										
D. INSTRUCCIÓN DE VUELO	Solo	Ruta Solo	Capitán	Copiloto	IFR	Doble C.	Noche	Monomotor	Multimotor	Total

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, Y QUE CONOZCO Y ENTIENDO LOS REQUISITOS DE EMISIÓN, PRIVILEGIOS, LIMITACIONES, FECHAS DE EXPIRACIÓN, PROCEDIMIENTOS DE RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN DE LA LICENCIA Y/O HABILITACIÓN SOLICITADA DESCRITOS EN LA REGULACIÓN DE LICENCIAS AL PERSONAL TÉCNICO AERONÁUTICO (RAC LPTA).

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: dd/mm/aa