

SOLICITUD PARA CERTIFICADO MEDICO

1. APELLIDOS: _____

2. NOMBRES: _____

3. DIRECCIÓN: _____

4. TELEFONO:() _____ CELULAR:() _____

5. CORREO ELECTRONICO: _____

6. No. DE DPI/PASAPORTE: _____

7. EMPRESA DE AVIACIÓN EN LA QUE LABORA: _____

8. TRAMITE A REALIZAR:

RENOVACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO

9. TIPO DE CERTIFICADO MÉDICO

Piloto Privado Aviación	<input type="checkbox"/>	Alumno Piloto	<input type="checkbox"/>	Tripulante de Cabina	<input type="checkbox"/>
Piloto Privado Helicóptero	<input type="checkbox"/>	Piloto MPL	<input type="checkbox"/>	Operador de Estación Aeronáutica	<input type="checkbox"/>
Piloto Comercial Aviación	<input type="checkbox"/>	Mantenimiento Tipo II	<input type="checkbox"/>	Controlador de Tránsito Aéreo	<input type="checkbox"/>
Piloto Comercial Helicóptero	<input type="checkbox"/>	Mantenimiento Tipo I	<input type="checkbox"/>	Alumno Controlador Tránsito Aéreo	<input type="checkbox"/>
Piloto ATP Aviación	<input type="checkbox"/>	Auxiliar de Mecánico	<input type="checkbox"/>	Despachador de Vuelo	<input type="checkbox"/>
Piloto ATP Helicóptero	<input type="checkbox"/>	Ingeniero de Vuelo	<input type="checkbox"/>		
Especialista A.I.S	<input type="checkbox"/>				

10. No. DE LICENCIA: _____

11. DOCTOR DESIGNADO EXAMINADOR: _____

12. FECHA DE EMISIÓN DEL EXAMEN MEDICO RECIENTE dd/mm/aa

13. FECHA DE VENCIMIENTO EXAMEN MEDICO RECIENTE: dd/mm/aa

14. TOTAL DE HORAS VOLADAS (RENOVACION PILOTOS): _____ HRS.

15. TOTAL DE HORAS VOLADAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES: _____ HRS.

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).

GUATEMALA, _____ DE _____ DE _____

FIRMA DEL SOLICITANTE