

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 Avión         | <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 Avión       | <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 Avión             | <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 \_\_\_\_\_

13. FECHA DE VENCIMIENTO EXAMEN MEDICO RECIENTE: \_\_\_\_\_

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

15. TOTAL DE HORAS VOLADAS EN LOS ULTMOS 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