

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 Indique cuál: _____
 Habilitación de Clase Indique cuál: _____
 Habilitación de Tipo 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: _____										
Matricula de Aeronave Utilizada: _____ Tiempo Total en esta Aeronave (SIM/FTD): _____										
Tipo de Aeronave _____										
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: _____