

SOLICITUD DE LICENCIAS Y/O HABILITACIONES PARA PILOTOS / RPAS

1. APELLIDOS: _____
2. NOMBRES: _____
3. FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
4. LUGAR DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____
5. NÚMERO DE IDENTIDAD O PASAPORTE: _____ NACIONALIDAD: _____
6. DIRECCIÓN: _____
7. CELULAR: _____ TELEFONO: _____
8. CORREO ELECTRONICO: _____
9. NIVEL EDUCATIVO: SECUNDARIA UNIVERSITARIO
10. SE LE HA EMITIDO ALGUN TIPO DE LICENCIA ANTERIORMENTE: SI NO
11. INDIQUE EL TIPO DE LICENCIA: _____
12. QUE TIPO DE LICENCIA O HABILITACION ESTA SOLICITANDO:

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Alumno Piloto | <input type="checkbox"/> | Piloto ATP Avión | <input type="checkbox"/> | Habilitación Instructor Teórico Terrestre. | <input type="checkbox"/> |
| Piloto Privado Avión | <input type="checkbox"/> | Piloto ATP Helicóptero | <input type="checkbox"/> | Habilitación Instructor de Vuelo | <input type="checkbox"/> |
| Piloto Privado Helicóptero | <input type="checkbox"/> | Piloto RPAS | <input type="checkbox"/> | Habilitación Fumigación Agrícola | <input type="checkbox"/> |
| Piloto Comercial Avión | <input type="checkbox"/> | Piloto Tripulación Múltiple | <input type="checkbox"/> | Habilitación Multimotor | <input type="checkbox"/> |
| Piloto Comercial Helicóptero | <input type="checkbox"/> | Habilitación Instrumentos | <input type="checkbox"/> | Habilitación de Tipo | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Habilitación Adicional | <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: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____

MEDICO EXAMINADOR: _____

A. PRUEBA PRACTICA									
Examinador Designado: _____									
Aeronave Utilizada: _____ Tiempo Total en esta Aeronave: _____									
(SIM/FTD): _____ Lugar de la Prueba: _____									
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 095 (a) (i) (ii): _____ _____									
Ultimo Chequeo de Instrumentos, en Cumplimiento de la RAC LPTA 095 (a) (i) (ii): _____									
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	PIC	SIC	Instrumentos	Noche	SEL	MEL	Total

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____