

**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: dd/mm/aa

D. INSTRUCCIÓN DE VUELO	Solo	Ruta solo	PIC	SIC	Instrumentos	Noche	SEL	MEL	Total

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_