



SOLICITUD DE LICENCIAS Y/O HABILITACIONES PARA PILOTOS.

1. APELLIDOS:
2. NOMBRES:
3. FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:
4. LUGAR DE NACIMIENTO:
5. NÚMERO DE IDENTIDAD/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 [] Piloto ATP Avión [] Habilitación Multimotor []
Piloto Privado Helicóptero [] Piloto ATP Helicóptero [] Habilitación Instructor de Vuelo []
Piloto Comercial Avión [] Alumno Piloto [] Habilitación Fumigación Agrícola []
Piloto Comercial Helicóptero [] Habilitación Instrumentos []
Piloto Tripulación Múltiple. []

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: Fecha: dd/mm/aa
Nombre delCurso: Fecha:
D. INSTRUCCIÓN DE VUELO
Table with columns: Solo, Ruta solo, PIC, SIC, Instrumentos, Noche, SEL, MEL, Total

FIRMA DEL SOLICITANTE: FECHA:

SOLICITUD DE LICENCIAS Y/O HABILITACIONES PARA OTRO PERSONAL QUE NO SEAN PILOTOS.

1. APELLIDOS: _____
2. NOMBRES: _____
3. DIRECCIÓN: _____
4. TELEFONO:() _____ CELULAR:() _____
5. CORREO ELECTRONICO: _____
6. NIVEL EDUCATIVO:
SECUNDARIA MEDIA UNIVERSITARIO
7. FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____
8. LUGAR DE NACIMIENTO: _____
9. No. DE CEDULA/PASAPORTE: _____ NACIONALIDAD: _____
10. SE LE HA EMITIDO ALGUN TIPO DE LICENCIA ANTERIORMENTE:
SI NO
11. INDIQUE TIPO DE LICENCIA: _____
12. QUE TIPO DE LICENCIA O HABILITACION ESTA SOLICITANDO:
 - TECNICO DE MATENIMIENTO TIPO I
 - TECNICO DE MATENIMIENTO TIPO II
 - AUXILIAR DE MECANICO
 - CONTROLADOR DE TRANSITO AEREO
 - TRIPULANTE DE CABINA
 - MECANICO ABORDO
 - DESPACHADOR DE VUELO
 - OPERADOR DE ESTACIÓN AERONAUTICA
 - ALUMNO CONTROLADOR
- HABILITACION ADICIONAL TIPO DE HABILITACION: _____
13. NOMBRE DE LA ESCUELA/EMPRESA: _____

14. EXAMINADOR DESIGNADO: _____
15. MEDICO EXAMINADOR: _____
16. EXAMEN MEDICO EMISION: dd/mm/aa VENCIMIENTO: dd/mm/aa

Comayagüela MDC, _____ DE _____ DE _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE

SOLICITUD PARA RENOVACION DE LICENCIAS.

1. APELLIDOS: _____
2. NOMBRES: _____
3. DIRECCIÓN: _____
4. TELEFONO:() _____ 6. FAX:() _____
5. CELULAR:() _____
7. CORREO ELECTRONICO: _____
8. No. DE CEDULA/PASAPORTE: _____
9. TRAMITE A REALIZAR
 Renovación de Licencia Reposición de Licencia
10. TIPO DE LICENCIA :
- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Piloto Privado | <input type="checkbox"/> | Alumno Piloto | <input type="checkbox"/> | <u>Categorías:</u> | |
| Piloto Comercial | <input type="checkbox"/> | ATC / Alumno | <input type="checkbox"/> | Avión | <input type="checkbox"/> |
| Piloto ATP | <input type="checkbox"/> | Tripulante de Cabina | <input type="checkbox"/> | Helicóptero | <input type="checkbox"/> |
| Despachador de vuelo | <input type="checkbox"/> | Operador de Estación Aeronáutica | <input type="checkbox"/> | Aeronave despegue Verti. | <input type="checkbox"/> |
| TMA/ Tipo I | <input type="checkbox"/> | Controlador de Tránsito Aéreo | <input type="checkbox"/> | Dirigible | <input type="checkbox"/> |
| TMA/ Tipo II | <input type="checkbox"/> | | | Piloto Tripulación Múltiple | <input type="checkbox"/> |
| Auxiliar de Mantenimiento | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Mecánico a Bordo | <input type="checkbox"/> | | | | |
11. No. DE LICENCIA: _____
12. FECHA DE EMISION Y VENCIMIENTO DE LICENCIA: dd/mm/aa / dd/mm/aa
13. MEDICO EXAMINADOR: _____ dd/mm/aa
14. FECHA DE EMISION DE EXAMEN MEDICO ACTUAL: dd/mm/aa
15. FECHA DE VENCIMIENTO DE EXAMEN MEDICO ACTUAL: dd/mm/aa
16. TOTAL DE HORAS VOLADAS (RENOVACION PILOTOS): _____ HRS
17. TOTAL DE HORAS VOLADAS EN LOS ULTMOS 6 MESES: _____ HRS

Comayagüela, M.D.C, _____ de _____ del _____.

FIRMA DEL SOLICITANTE

SOLICITUD DE TRÁMITES VARIOS

1. APELLIDOS: _____
2. NOMBRES: _____
3. DIRECCIÓN: _____
4. No. DE IDENTIDAD/PASAPORTE _____
5. TELEFONO: _____ CELULAR : _____
6. CORREO ELECTRONICO: _____

7. POR ESTE MEDIO DESPUES DE HABER REALIZADO EL PAGO CORRESPONDIENTE SOLICITO SE PUEDA REALIZAR EL SIGUIENTE TRÁMITE A FAVOR DE MI PERSONA:

- EVALUACIÓN DE COMPETENCIA LINGÜÍSTICA
- REPOSICIÓN DE LICENCIA POR DETERIORO
- REPOSICIÓN DE LICENCIA POR PÉRDIDA
- EMISIÓN DE UNA CERTIFICACIÓN DE LICENCIAS
- REPOSICION DE LICENCIA POR ACTUALIZACIÓN DE DATOS

8. TIPO DE LICENICA QUE POSEE:
9. NUMERO DE LICENCIA:

Comayagüela MDC, _____ de _____ del _____ dd/mm/aa

FIRMA DEL SOLICITANTE