



DIRECCIÓN DE SEGURIDAD OPERACIONAL
UNIDAD DE LICENCIAS AL PERSONAL

SOLICITUD DE LICENCIA CONTROLADOR DE TRÁNSITO AÉREO, HABILITACIONES

1. Apellidos: (Paterno - Materno):		2. Nombres:	
3. Domicilio:	4. Ciudad:	5. Departamento:	6. Teléfono Dom./N°telefono celular:
7. Fecha de Nacimiento: Dia.....Mes.....Año.....	8. Lugar Nacimiento:	9. Estado Civil:	10. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
11. Estatura Mtrs.:	12. Peso Kilos:	13. Color Ojos:	14. Señas Particulares:
15. N° C.I.: Expedido: o pasaporte:	16. Año Servicio Militar (si aplica)	17. N° Libreta Servicio Militar (si aplica)	18. Idiomas: Nivel
19. Nacionalidad:	20. Curso Aprobado:	21. Ocupación Actual:	22. Obs.:

23.
Nombre del CEA:
y/o institución:
Dirección:

LICENCIA Y/O HABILITACIÓN SOLICITADA

24. Licencias:	25. Habilitaciones:
<input type="checkbox"/> Operador de Estación Aeronáutica <input type="checkbox"/> Controlador de Tránsito Aéreo	<input type="checkbox"/> Control de aeródromo <input type="checkbox"/> Control de aproximación <input type="checkbox"/> Control de radar de aproximación <input type="checkbox"/> Control de radar de precisión para la aproximación <input type="checkbox"/> Control de área <input type="checkbox"/> Control de radar de área <input type="checkbox"/> Instructor de control de tránsito aéreo

26. **Trámite solicitado:**
 Examen Licencia Habilitación Duplicado Reposición Renovación

LICENCIA AERONÁUTICA QUE POSEE

27. Tipo de Licencia:	28. Número:	29. Habilitaciones:
30. Vencimiento Certificado Psicofisiológica:		31. Otras licencias aeronáuticas que posee:

32. Declaro bajo juramento que la información suministrada se ajusta a la verdad.

.....
Firma del Solicitante

Lugar y fecha:

NOTA: Llenar el formulario con letra imprenta

ANTECEDENTES DEL CURSO DE INSTRUCCIÓN Y/O ENTRENAMIENTO

33. Nombre del Curso (Si aplica):	34. Nombre del CEA o institución donde aprobo el curso (Si aplica):
35. Fecha de inicio del curso: Día _____ Mes _____ Año _____	36. Fecha finalización del curso: Día _____ Mes _____ Año _____

EXPERIENCIA REALIZADA

37. Tiempo de prácticas (Si aplica):

Nota: Adjuntar certificaciones del curso (s) realizado (s)

38. Documentos presentados de acuerdo a la RAB 65:

39. Lugar y Fecha:	40. Firma del Solicitante:
--------------------	----------------------------

CERTIFICACIÓN DEL EXAMEN

<p>41. Certifico haber recibido el examen teórico del solicitante, habiendo sido:</p> <p>Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p align="center">Lugar y fecha Firma y sello del responsable de la evaluación</p>	<p>42 a. Observaciones:</p>
--	---

<p>43. Certifico haber recibico el examen práctico del solicitante, habiendo sido:</p> <p>Aprobado <input type="checkbox"/> Reprobado <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p align="center">Lugar y fecha Firma y sello del responsable de la evaluación</p>	<p>43 a. Observaciones:</p>
---	---

<p>44. Vº Bº Unidad de Licencias:</p> <p>_____</p> <p align="center">Firma del verificador Fecha</p>	<p>44a. Observaciones:</p>
--	--

45. N° Comprobante Ingreso	46. Importe Bs. al t/c	47. Fecha	48. Nombre/Firma funcionario PEL
----------------------------	------------------------	-----------	----------------------------------

<p>50. Habiendo llenado los requisitos precedentes conforme a normas en vigencia, recomiendo al Sr. Director Ejecutivo la extensión de lo solicitado.</p> <p>_____</p> <p align="center">Fecha Jefe Unidad PEL</p>	<p>50. En Fecha.....</p> <p>Se otorga la:</p> <p>Licencia de.....</p> <p>Habilitaciones:.....</p> <p>.....</p> <p>N° Licencia.....Folio.....</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Firma Unidad PEL</p>
--	---