

**AUTORIDAD DE AVIACION CIVIL DE EL SALVADOR**

Km 9½, Carretera Panamericana Ilopango, San Salvador, El Salvador, Centroamérica

Tel: 2565-4400, www.aac.gob.sv**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA EMISIÓN DE LICENCIA Y/O HABILITACIONES DE ESPECIALISTA DE LOS SERVICIOS DE INFORMACIÓN AERONÁUTICA (AIS)****SECCIÓN A: Información del Solicitante**

1. Nombre Completo:				
	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
2. DUI o Pasaporte para extranjeros:			3. Estado Civil:	
			4. Numero de contacto:	
5. Correo electrónico:			6. Fecha de nacimiento:	
7. País y Lugar de nacimiento:			8. Nacionalidad:	
9. Dirección de residencia:				
10. Peso (kg):		11. Estatura (mts):	12. Color de ojos:	13. Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
14. Nivel educativo:	Educación Básica <input type="checkbox"/>	Bachiller <input type="checkbox"/>	Técnico <input type="checkbox"/>	Universitario <input type="checkbox"/>
				15. Edad: _____ Años

SECCIÓN B: Tipo de trámite solicitado

1. Solicitud de: <input type="checkbox"/> Emisión de Licencia <input type="checkbox"/> Extensión de una Habilitación	2. Habilitación a solicitar: <input type="checkbox"/> Aeródromo (AIS/ARO) <input type="checkbox"/> Documentación Integrada (AIS/PUB) <input type="checkbox"/> Cartografía Aeronáutica (AIS/ MAP) <input type="checkbox"/> NOTAM (AIS/NOTAM)
---	--

SECCIÓN C: Información sobre licencias y/o permisos adicionales

1. Además de la licencia o permiso que está gestionando, ¿cuenta con alguna otra licencia o permiso emitido por la AAC?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sí la respuesta es SÍ, indique:	
1.1. Tipo de licencia o permiso:	
1.2. Número de licencia o permiso:	
1.3. Habilitaciones:	
1.4. ¿Ha sido revocada o suspendida dicha licencia o permiso?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SECCIÓN D: Información sobre el Certificado Médico

2. ¿Posee certificado médico emitido por la AAC?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Sí la respuesta es SÍ, indique:			
2.1. Clase:	2.2. Fecha de emisión:	2.3. Fecha de vencimiento:	de

SECCIÓN E: Información sobre licencias extranjeras

3. ¿Posee otra licencia emitida por un estado miembro de la OACI?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sí la respuesta es SÍ, indique:	
3.1. Tipo de licencia:	
3.2. Número de licencia:	
3.3. Fecha de emisión:	3.4. Fecha de vencimiento:
3.5. Habilitaciones:	



AUTORIDAD DE AVIACION CIVIL DE EL SALVADOR

Km 9½, Carretera Panamericana Ilopango, San Salvador, El Salvador, Centroamérica

Tel: 2565-4400, www.aac.gob.sv

--	--

3.6. ¿Ha sido revocada o suspendida dicha licencia?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

SECCIÓN F: Validación de la Organización Aprobada donde se realizó OJT:

5.1 Nombre de la Organización Aprobada:	
---	--

5.2 Número de Certificado de Operación:	
---	--

5.3 Nombre del Gerente Responsable o su designado, aceptado por la AAC:	
---	--

SECCIÓN G: Declaración del Solicitante.

Hago constar que toda la información que suministro en este formulario es completa y verídica, y que, en caso contrario, podría incurrir en responsabilidades de tipo penal y administrativo:

Firma del Solicitante:	Fecha de solicitud:

SECCIÓN H: Recepción del formulario de solicitud (Uso exclusivo del Departamento de Licencias de la AAC)

Revisado por:			

Técnico de Licencias	Fecha de recepción	Firma	Sello
-----------------------------	---------------------------	--------------	--------------

--



AUTORIDAD DE AVIACION CIVIL DE EL SALVADOR

Km 9½, Carretera Panamericana Ilopango, San Salvador, El Salvador, Centroamérica

Tel: 2565-4400, www.aac.gob.sv

GUÍA DE LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LA EMISIÓN DE LICENCIA Y/O HABILITACIONES DE TÉCNICO ESPECIALISTA AIS

Sección A: Información General

1. **Nombre completo:** Coloque sus nombres y apellidos
2. **DUI o Pasaporte para extranjeros:** Coloque su número de DUI o su número de pasaporte.
3. **Estado Civil:** Coloque su estado civil.
4. **Número de contacto:** Coloque su número de contacto.
5. **Correo electrónico:** Coloque su correo electrónico
6. **Fecha de nacimiento:** Coloque su fecha de nacimiento en formato *día/mes/año (DD/MMM/YYYY, Ej.:01/Ene/1990)*
7. **País y lugar de nacimiento:** Coloque el país y la ciudad de nacimiento.
8. **Nacionalidad:** Coloque su nacionalidad
9. **Dirección de Residencia:** Coloque su dirección de residencia, incluyendo municipio y departamento.
10. **Peso (kg):** Coloque su peso en kilogramos (kg)
11. **Estatura (mts):** Coloque su estatura en metros (mts)
12. **Color de ojos:** Coloque su color de ojos
13. **Género:** Seleccione con una "X" su género.
14. **Nivel educativo:** Selecciones con una "X" su nivel educativo
15. **Edad:** Coloque su edad actual en números arábigos. (Ej.: 18, 19, 20...)

Sección B: Tipo de trámite solicitado

1. **Solicitud de:** Seleccione con una "X" la opción correspondiente al trámite que solicita.
2. **Habilitación solicitada:** Seleccione con una "X" la opción correspondiente al trámite que solicita.

Sección C: Información sobre licencias y/o permisos adicionales

1. **Además de la licencia o permiso que está gestionando, ¿cuenta con alguna otra licencia o permiso emitido por la AAC?:** Seleccione con una "X" la opción SÍ o NO, según corresponda. *Sí su respuesta es "SÍ" complete los campos siguientes.*
 - 1.1. **Tipo de Licencia o Permiso:** indique que tipo de licencia o permiso adicional que posee (ejemplo: piloto privado, aprendiz de mecánico, etc.,).
 - 1.2. **Número de Licencia o Permiso:** indique cual es el número de la licencia o permiso adicional que posee.
 - 1.3. **Habilitaciones:** indique que habilitaciones posee en su licencia adicional.

Sección D: Información sobre el Certificado Médico

2. **¿Posee un certificado médico emitido por la AAC?:** Seleccione con una "X" la opción SÍ o NO, según corresponda. *Sí su respuesta es "SÍ" complete los campos siguientes.*
 - 2.1. **Clase:** indique que tipo de clase posee su certificado médico (1, 2 o 3).
 - 2.2. **Fecha de emisión:** indique la fecha de emisión de su certificado médico.
 - 2.3. **Fecha de vencimiento:** indique la fecha de vencimiento de su certificado médico.

Sección E: Información sobre licencias extranjeras

3. **¿Posee otra licencia emitida por un estado miembro de la OACI?:** Seleccione con una "X" la opción SÍ o NO, según corresponda. *Sí su respuesta es "SÍ" complete los campos siguientes.*
 - 3.1. **Tipo de licencia:** indique el tipo de la licencia que posee (ejemplo: piloto comercial, técnicos de mantenimiento, etc.,).
 - 3.2. **Número de licencia:** indique el número asignado a la licencia que posee.
 - 3.3. **Fecha de emisión:** indique la fecha de emisión de la licencia que posee.
 - 3.4. **Fecha de vencimiento:** indique la fecha de vencimiento de la licencia que posee.
 - 3.5. **Habilitaciones:** indique que habilitaciones tiene en la licencia extranjera.
 - 3.6. **¿Ha sido revocada o suspendida dicha licencia?:** Seleccione con una "X" la opción SÍ o NO, según corresponda.

Sección F: Validación de la Organización de Instrucción Aprobada en la que realizó el curso inicial



AUTORIDAD DE AVIACION CIVIL DE EL SALVADOR

Km 9½, Carretera Panamericana Ilopango, San Salvador, El Salvador, Centroamérica

Tel: 2565-4400, www.aac.gob.sv

4.1 Nombre de la Organización Aprobada: Indique el nombre de la Organización de Instrucción en la que se completó el curso requerido.

4.2 Número del certificado de operación: Indique el número de certificado de operación de la Organización de Instrucción en la que se completó el curso.

4.3 Nombre del Curso completado: Indique el nombre completo del curso inicial tomado en la organización de instrucción.

4.4 Fecha de Inicio: Indique fecha de inicio del curso.

4.5 Fecha de Finalización: Indique fecha de finalización del curso.

4.6 Nombre del Gerente Responsable o su designado, aceptado por la AAC: Indique el nombre del Gerente Responsable o su designado, aceptado por la AAC de la Organización de Instrucción Aprobada donde se tomó el curso.

Sección F: Validación de la Organización Aprobada en la que se realizó el OJT

5.1 Nombre de la Organización Aprobada: Indique el nombre de la Organización donde se realizó OJT bajo supervisión.

5.2 Número del certificado de operación: Indique el número de certificado de operación de la Organización Aprobada donde se realizó OJT bajo supervisión.

5.3 Nombre del Gerente Responsable o su designado, aceptado por la AAC: Indique el nombre del Gerente Responsable o su designado, aceptado por la AAC de la Organización Aprobada donde se realizó OJT bajo supervisión.

Sección G: Declaración del Solicitante

- **Firma:** Firmar según DUI o Pasaporte para extranjeros.
- **Fecha:** Colocar fecha en formato *día/mes/año (DD/MMM/YYYY, Ej.:01/Ene/1990)*

Sección H: Recepción del formulario (Uso exclusivo del Departamento de Licencias de la AAC)

- **Revisado por (técnico de licencias):** Coloque su nombre y apellido
- **Fecha de recepción:** Coloque fecha en formato *día/mes/año (DD/MMM/YYYY, Ej.:01/Ene/1990)*
- **Firma:** Coloque su firma
- **Sello:** Coloque el sello del Departamento de Licencias