

**AUTORIDAD DE AVIACION CIVIL DE EL SALVADOR**

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

Tel: 2565-4400, [www.aac.gob.sv](http://www.aac.gob.sv)**FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN TEÓRICO****SECCIÓN A: Información del Solicitante**

1. Nombre Completo:				
	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Primer apellido</b>	<b>Segundo apellido</b>
2. DUI o Pasaporte para extranjeros:		3. Estado Civil:		
5. Correo electrónico:		4. Numero de contacto:		
7. País y Lugar de nacimiento:		6. Fecha de nacimiento:		
9. Dirección de residencia:		8. Nacionalidad:		
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**

<b>1. Solicitud de examen por:</b>	<b>2. Licencia que desea tramitar:</b>
<input type="checkbox"/> Finalización de curso aprobado en Centro de Instrucción. <input type="checkbox"/> Por experiencia <input type="checkbox"/> Por conversión <input type="checkbox"/> Por convalidación	
	<b>3. Habilitación solicitada:</b>
<b>4. Organización en la que realizó el curso aprobado o donde ejerce funciones actualmente:</b>	

**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:

**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:	



**AUTORIDAD DE AVIACION CIVIL DE EL SALVADOR**

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

Tel: 2565-4400, [www.aac.gob.sv](http://www.aac.gob.sv)

3.1. Tipo de licencia:			
3.2. Número de licencia:			
3.3. Fecha de emisión:		3.4. Fecha de vencimiento:	
3.5. Habilitaciones:			
3.6. ¿Ha sido revocada o suspendida dicha licencia?			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

<b>SECCIÓN D: Información sobre el Certificado Médico extranjero</b>							
4. ¿Posee certificado médico emitido por una autoridad extranjera?				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Sí la respuesta es SÍ, indique:							
4.1. Clase:		4.2. Fecha emisión:	de		4.3. Fecha vencimiento:	de	

<b>SECCIÓN H: Declaración del Solicitante.</b>				
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:	

<b>SECCIÓN I: Recepción del formulario de solicitud y programación del examen teórico (Uso exclusivo del Departamento de Licencias de la AAC)</b>
---

5. Información del examen			
5.1 Tipo de Examen:		5.2 No. de Intento:	
5.2 Fecha de Realización del examen:		5.4 Hora:	
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](http://www.aac.gob.sv)

### GUÍA DE LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXAMEN TEÓRICO

#### 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 examen por:** Seleccione con una "X" la opción correspondiente al trámite que solicita.
2. **Licencia que desea tramitar:** Indique la licencia por la que está realizando el examen teórico.
3. **Habilitación solicitada:** Indique la habilitación por la que está solicitando el examen teórico.
4. **Organización donde finalizó el curso aprobado o donde ejerce funciones actualmente:** Si solicita el examen después de haber finalizado un curso aprobado, coloque el nombre del Centro de Instrucción, de lo contrario, coloque el nombre de la OMA u Operador en el que ejerce funciones actualmente.

#### 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 D: Información sobre el Certificado Médico extranjero

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

#### Sección G: Declaración del Solicitante



**AUTORIDAD DE AVIACION CIVIL DE EL SALVADOR**

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

Tel: 2565-4400, [www.aac.gob.sv](http://www.aac.gob.sv)

- **Firma:** Firmar según DUI o Pasaporte para extranjeros.
- **Fecha:** Colocar fecha en formato *día/mes/año (DD/MM/YY)*

**Sección H: Recepción del formulario y programación del examen teórico (Uso exclusivo del Departamento de Licencias de la AAC)**

**5. Información del examen:**

**5.1 Tipo de Examen:** Indique el nombre del examen que programará.

**5.2 No. de Intento:** Indique el número de intento del examen (Ejemplo: TOMA 1, TOMA 2)

**5.2 Fecha de Realización:** Colocar fecha en la que se programó el examen en formato *día/mes/año (DD/MMM/YYYY, Ej.:01/Ene/1990)*

**5.4 Hora:** Indique la hora en la que se ejecutará el examen en formato de 12 horas. (Ej.: 08:30 a.m., 10:00 a.m.)

- **Revisado por (técnico de licencias):** Coloque su nombre y apellido
- **Fecha de recepción:** Colocar 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