

**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 DE EXAMEN PRÁCTICO****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 examen por:	2. Licencia que desea tramitar:
<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	
	3. Habilitación solicitada:

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:	
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 NO **SECCIÓN F: Información sobre el Certificado Médico extranjero**

4. ¿Posee certificado médico emitido por un estado miembro de la OACI?

SÍ NO

Sí la respuesta es SÍ, indique:

4.1. Clase:

4.2. Fecha de emisión:

4.3. Fecha de
vencimiento:**SECCIÓN G: Declaración del Solicitante.**

Declaro que toda la información proporcionada en este formulario, así como la documentación adjunta como evidencia de la experiencia aeronáutica requerida para la solicitud de licencia y/o habilitación, es completa y verídica. Reconozco que cualquier falsedad u omisión en la presente puede acarrear responsabilidades administrativas y penales conforme a la normativa vigente.

Firma del Solicitante:

Fecha de solicitud:

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

5. ¿El solicitante ha presentado documentación que acredite la experiencia requerida para obtener la licencia y/o habilitación solicitada?

SÍ NO

Nota: La validación de la experiencia en horas de vuelo, registros de trabajos de mantenimiento, cursos aprobados y/o OJT requeridos para la licencia o habilitación solicitada se realizará mediante la revisión de la documentación adjunta al formulario. Dicha documentación ha sido presentada por el solicitante en apego a los requisitos establecidos en las Regulaciones sobre Licencias al Personal Técnico Aeronáutico (RAC LPTA, RAC LPTA 1 y RAC LPTA 66).

Revisado por:**Técnico de Licencias****Fecha de recepción****Firma****Sello**

6. Programación del examen

6.1 Tipo de Examen:

6.2 No. de Intento:

6.3 Fecha y hora del
examen:6.4 Lugar de Ejecución
del examen:**Recibido por:****Evaluador****Firma del Evaluador**



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 DE EXAMEN PRÁCTICO

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 F: 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.



AUTORIDAD DE AVIACION CIVIL DE EL SALVADOR

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

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

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 y programación del examen práctico (Uso exclusivo del Departamento de Licencias de la AAC)

5. ¿El solicitante ha presentado documentación que acredite la experiencia requerida para obtener la licencia y/o habilitación solicitada?: Seleccione con una "X" la opción SÍ o NO, según corresponda.

- **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

6. Programación del examen:

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

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

6.3 Fecha y hora del examen: Colocar fecha en la que se programó el examen en formato *día/mes/año (DD/MMM/YYYY, Ej.:01/Ene/1990)* y Colocar la hora del examen en formato de 12 horas (Ej.: 08:00 a.m., 10:00 a.m.)

5.6 Lugar de ejecución: Colocar el lugar específico donde se realizará el examen. (Ej.: HANGAR AAC, HANGAR ESCUELA XXX)

- **Recibido por (Evaluador):** Coloque su nombre y apellido
- **Firma del evaluador:** Coloque su firma