

FORMULARIO DEM

DEM 0011

FORMULARIO PARA DENUNCIA DE DISMINUCIÓN DE APTITUD PSICOFISIOLÓGICA

I.- DATOS PERSONALES.

1. Nombre/s y Apellido/s _____
2. D.N.I o Pasaporte _____
3. Tipo de Licencia Aeronáutica que posee _____
4. N° tel. de contacto _____ 5. Mail de contacto _____
6. Dirección Postal _____

II.-Datos sobre CMA a reponer:

7. Fecha de realización de la última CMA _____
8. CMAE/AME donde realizo la última CMA _____
9. Posee CMA en formato Digital Plástico

III.- Observaciones: _____

IV.- Por la presente autorizo a la autoridad médica de la ANAC a conocer, procesar y tratar todos mis datos y antecedentes médicos y operativos, con el fin de llevar adelante el proceso de reposición de mi CMA.

V.- Declaro bajo juramento que la información arriba detallada se ajusta a la verdad.

Lugar y Fecha _____.

Firma y aclaración del solicitante

DEPARTAMENTO EVALUACIÓN MÉDICA

Azopardo 1405 esq. Av. Garay, 4° Piso / Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1107ADY)

Teléfono (+54 11) 5941 3000 Int 69142/ 69928/69738/ 69926/69424

dem@anac.gob.ar