



# ANAC

Administración Nacional  
de Aviación Civil

## SOLICITUD DE DESIGNACION/ AUTORIZACION CENTRO MEDICO AERONAUTICO.

### DATOS DEL CENTRO

NOMBRE O RAZON SOCIAL					
DIRECCION		NUMERO	PISO	PUERTA	CODIGO POSTAL
MUNICIPIO		PROVINCIA		TELEFONO	
CALENDARIO		HORARIO DE FUNCIONAMIENTO			
DIRECCION A EFECTOS DE NOTIFICACIONES				NUMERO	
PISO	PUERTA	CODIGO POSTAL	MUNICIPIO		
PROVINCIA		TELEFONO	FAX	E-MAIL	

### REPRESENTANTE / TITULAR

APELLIDOS Y NOMBRE O RAZON SOCIAL					
DOMICILIO SOCIAL/PERSONAL		NUMERO	PISO	PUERTA	CODIGO POSTAL
MUNICIPIO		PROVINCIA		TELEFONO	
CARGO					

### CLASE/S DE EVALUACION/ES PARA LAS QUE SOLICITA AUTORIZACION

CLASE 1	CLASE 2	CLASE 3	CLASE 4
<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVACION	<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVACION	<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVACION	<input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> RENOVACION

AME Perteneiente al CMAE	APELLIDOS	NOMBRES
AME I		
AME II		
AME III		
AME IV		
AME V		

Para tal fin se adjunta la documentación, que se relaciona en documento Anexo, según lo establecido en la RAAC 67.

Asimismo declaro que los datos aportados son correctos y completos efectos de la solicitud por mi realizada, autorizo la utilización de la información contenida en este formulario y en otros complementarios si los hubiere, por la Autoridad Aeronáutica a efectos de su almacenamiento electrónico y utilización para los fines de la Sección de Medicina Aeronáutica.

En \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Responsable a Cargo de la Institución



# ANAC

Administración Nacional  
de Aviación Civil

## ANEXO

- Solicitud completa.
- Copia de certificado que acredite Razón Social de la institución.
- Copia cotejada del DNI, que acredite la identidad de cada AMEs.
- Matrícula Nacional o Provincial (fotocopia) de cada AME.
- Curriculum Vitae de cada AME.
- Copia cotejada del título de Medicina de cada AME.
- Certificado Acreditativo de la formación en Medicina Aeronáutica Exigida por RAAC 67 – Subparte A de cada AME.
- Habilitación de la institución.
- Licencia fiscal o equivalente (constancia de CUIT/CUIL).
- Constancia de Curso de Capacitación para AMEs (ANAC), realizado en los últimos 3 (tres) años, de cada AME.
- Listado de especialidades que se desarrollan en el CMAE.
- Especificaciones técnicas de equipamiento a ser utilizado por el CMAE en el proceso de Certificación Médica Aeronáutica.

*-Todos los datos que figuran en la solicitud, así como la documentación anexada a la misma son en carácter de declaración jurada, sujeta al artículo 292 y 293 del Código Penal de la Nación Argentina-*

**Firma y Sello del Responsable a Cargo de la Institución**