



**FORMULARIO PARA SOLICITAR DISPENSA A REQUISITOS MEDICOS QUE DEBE CUMPLIR EL PERSONAL AERONAUTICO CIVIL**

Ciudad/Provincia \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**I.- Identificación:**

1. Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

2. D.N.I \_\_\_\_\_ / 3. Licencia Aeronáutica N° \_\_\_\_\_ /

4. N° de Legajo/ Ficha clínica: \_\_\_\_\_ /

5. N° tel. / MAIL: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**II.- (Texto de la solicitud a la Autoridad medica de la ANAC):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III.- Por la presente solicitud declaro que 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 dispensa reglamentaria.

**IV.- Observaciones:**

\_\_\_\_\_

**Firma**  
**Nombres y Apellidos del solicitante**



**CONCLUSION DEL COMITÉ DE APTITUD Y DISPENSA**

**Sesión del Comité:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Folio de Registro:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Pronunciamiento del Comité de Dispensa**

El Comité de Aptitud y Dispensa, constituida por los medicos designados:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Ha concluido respecto al caso en estudio que:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por tanto:

Aprueba ( )

No Aprueba ( )

**La Dispensa Médica solicitada en las condiciones siguientes:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma**  
**Cargo, Nombres y Apellidos**  
**Medico Evaluador**  
**Aeronáutico**

El peticionario declara que ha tomado conocimiento del presente pronunciamiento con

fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma**  
**Nombres y Apellidos del solicitante**  
**DNI**