

SOLICITUD DE CERTIFICACION MEDICO AERONAUTICA (CMA)

Complete este formulario usando tinta y en letra imprenta mayúscula.

CODIGO CMAE:

CODIGO AME:

ESPACIO PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO EXAMINADOR

Observaciones:

Firma y Sello AME

ESPACIO PARA SER COMPLETADO POR LA AUTORIDAD MEDICO AERONAUTICA

Firma y Sello
Medico Evaluador (ME)/
Medico Inspector Evaluador (MIE)

SE DEJA CONSTANCIA QUE SE HAN CUMPLIDO LOS REQUISITOS MINIMOS DE EVALUACION MEDICO AERONAUTICA, SEGÚN LO REFIERE LA REGLAMENTACION VIGENTE PARA EL OTORGAMIENTO DE LA PRESENTE CERTIFICACION.

Lugar y fecha

Firma, sello y matrícula del

Profesional actuante