

**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**