

DGAC

CEDULA 0

CEDULA DE LICENCIA

DGAC-PE-11-DSA-SLIP-P-01-FE-102

UTILIZAR MÁQUINA DE ESCRIBIR O LETRA DE MOLDE
PARA SU ELABORACION:

SOLO PARA SER LLENADO POR LA DGAC.

(01) **AEROPUERTO:** _____ **FECHA:** _____ **No. ENTRADA:** _____

(02) REVALIDACIÓN	CONVALIDACIÓN DE LICENCIA	REPOSICIÓN	RECUPERACIÓN	CAPACIDAD	EXPEDICION DE LICENCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(03) DATOS PERSONALES:

CURP: _____ **RFC:** _____
(Si lo posee) (Con Homoclave)

NOMBRE _____
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE (S)

DOMICILIO PERSONAL:
CALLE: _____ **No. EXTERIOR:** _____ **No. INT** _____

COLONIA: _____ **COD. POSTAL:** _____

CIUDAD: _____ **DELEG/MUNI:** _____

ENTIDAD FED: _____ **TELÉFONO:** _____

NACIONALIDAD: _____ **LUGAR NAC.** _____

ACTA DE NACIMIENTO:
(Solo por primera vez) **No. ACTA:** _____ **FECHA NACIMIENTO** _____

(04) DATOS ESTUDIOS ESCOLARES: (Solo por primera vez)

NOMBRE INSTITUCIÓN EDUCATIVA	DE	A	CERT.
PRIMARIA _____			
SECUNDARIA _____			
PREPARATORIA _____			
ESTUDIOS SUPERIORES _____			

(05) DATOS EMPRESA, INSTITUCIÓN, O CENTRO DE FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO:

CLAVE NOMBRE: _____

(06) DATOS EXAMEN MÉDICO:

FECHA EXAMEN MÉDICO: _____ FECHA DE VENCIMIENTO _____

RESULTADO EXAMEN MÉDICO: APTO: NO APTO:

CLAVE UNIDAD: LUGAR DE EXPEDICIÓN: _____

CLASE DE EXAMEN: 1 2 3 GRUPO SANGUINEO _____

OBSERVACIONES MEDICAS:

(07) DATOS CURSO AEROMÉDICO

FECHA CURSO:	CLAVE UNIDAD: <input type="text"/>	LUGAR EXPEDICIÓN
--------------	------------------------------------	------------------

OBSERVACIONES MÉDICAS:

(08) DATOS ESTANCIA LEGAL (Solo extranjero)

No. DOCUMENTO: _____ FECHA EXPEDICIÓN: _____ FECHA VENC.: _____

CONDICIÓN:

EMPRESA EN MÉXICO
DONDE LABORA:

(09) DATOS CURSOS DE FORMACIÓN, CAPACITACIÓN Y/O ADIESTRAMIENTO EN EL ÚLTIMO AÑO DE VIGENCIA:

CENTRO FORMACION, CAPACITACION Y/O ADIESTRAMIENTO:	CURSO: (PROGRAMA)	CLAVE GRUPO:	FECHA	
			INICIO:	TERMINACIÓN:

(10) DATOS LICENCIA:

CLASE DE LICENCIA: _____ **NUMERO:** _____

FECHA REVALIDACION ACTUAL: FECHA VENCIMIENTO:

FECHA EXPEDICIÓN (INICIAL) _____ LUGAR EXPEDICION (INICIAL): _____

(11) DATOS FORMATO OACI (Si lo posee):

No. OACI: _____ FECHA EXPEDICIÓN : _____

EMPRESA DONDE LABOR A: _____

(12) DATOS CAPACIDADES REGISTRADAS PERSONAL DE VUELO Y/O CONVALIDACIÓN DE CAPACIDADES:

TIPO DE CAPACIDAD	*AUTORIZADA POR.	PERIODO DE ADIESTRAMIENTO			ACREDITADAS	
		HORAS	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	SI	NO
					()	()
					()	()
					()	()
					()	()
					()	()
					()	()
					()	()
					()	()

***INDICAR: (CON) CUANDO SEA CONVALIDACIÓN Y (REG) SI YA LA TENIA REGISTRADA ANTERIORMENTE.**

(13) DATOS CAPACIDADES REGISTRADAS PERSONAL DE TIERRA Y/O CONVALIDACIÓN DE CAPACIDADES:

TIPO DE CAPACIDAD	*AUTORIZADA POR:	PERIODO DE ADIESTRAMIENTO		ACREDITADAS	
		FECHA DE INICIO	FECHA TERMINO	SI	NO
				()	()
				()	()
				()	()
				()	()
				()	()

***INDICAR: (CON) CUANDO SEA CONVALIDACIÓN Y (REG) SI YA LA TENIA REGISTRADA ANTERIORMENTE.**

(14) DATOS DE LA PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE ACCIDENTE

CURP: _____ **RFC:** _____
(Si lo posee) (Con Homoclave)

NOMBRE _____
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE (S)

DOMICILIO:
CALLE: _____ **No. EXTERIOR:** _____ **No. INT** _____

COLONIA: _____ **COD. POSTAL:** _____

CIUDAD: _____ **DELEG/MUNI:** _____

ENTIDAD FED: _____ **TELÉFONO:** _____

(15) DATOS DE REFERENCIAS PERSONALES (NO FAMILIARES, "TRES") (Solo por primera vez).

NOMBRE _____
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE (S)

DOMICILIO:
CALLE: _____ **No. EXTERIOR:** _____ **No. INT** _____

COLONIA: _____ **COD. POSTAL:** _____

CIUDAD: _____ **DELEG/MUNI:** _____

ENTIDAD FED: _____ **TELÉFONO:** _____

(16) NOMBRE _____
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE (S)

DOMICILIO:
CALLE: _____ **No. EXTERIOR:** _____ **No. INT** _____

COLONIA: _____ **COD. POSTAL:** _____

CIUDAD: _____ **DELEG/MUNI:** _____

ENTIDAD FED: _____ **TELÉFONO:** _____

(17) NOMBRE _____
A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE (S)

DOMICILIO:
CALLE: _____ **No. EXTERIOR:** _____ **No. INT** _____

COLONIA: _____ **COD. POSTAL:** _____

CIUDAD: _____ **DELEG/MUNI:** _____

ENTIDAD FED: _____ **TELÉFONO:** _____

(18) **ANEXOS:** (Esta documentación deberá ser resguardada en Comandancia en caso de tramites foráneos)

- () COPIA DE ÚLTIMA HOJA DE BITÁCORA DE VUELO, HORAS DE VUELO DE ADIESTRAMIENTO Y/O CAPACITACIÓN CERTIFICADAS.
- () COPIA CERTIFICADO MEDICO.
- () COPIA DE LOS CERTIFICADOS O CONSTANCIAS POR CAPACIDAD (del Centro de Instrucción)
- () COPIA DE LICENCIA AERONAUTICA.
- () DOCUMENTOS DE CONVALIDACION S.D.N. (Para obtención de licencia solo en la Dirección de Licencias)
- () COPIA RECIBO DE PAGO: No. RECIBO: FECHA DE PAGO
- () COPIA ACTA DEL MINISTERIO PÚBLICO O DE LA AUTORIDAD AERONAUTICA.
(Por pérdida de Licencia o Bitácora de Vuelo)
- () APOSTILLADOS (Documentos correspondientes en Convalidación).
- () COPIA CONSTANCIA DE CALIFICACIONES Y RESULTADOS EXAMEN PRÁCTICO.

(19) **DATOS DE ENVIO DE LICENCIA:**

SOLICITO QUE MI LICENCIA SEA ENTREGADA EN LA COMANDANCIA DEL AEROPUERTO DE:

O EN LA DIRECCIÓN DE LICENCIAS DGAC ()

NOMBRE: _____

FIRMA

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN ASENTADA POR PARTE DE ESTA AUTORIDAD AERONÁUTICA EN CADA UNO DE LOS FORMATOS Y DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE DE SOLICITUD RESPECTIVO, SON FIDEDIGNOS; APERCIBIDO DE LA RESPONSABILIDAD Y SANCIONES A LAS QUE ME HAGO ACREEDOR, ESTABLECIDAS EN LA LEY PENAL, EN LA LEY FEDERAL DE RESPONSABILIDADES DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS, Y EN LAS DEMÁS LEYES Y REGLAMENTOS APLICABLES.

NOMBRE Y FIRMA
DE LA AUTORIDAD AERONAUTICA
QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

SELLO
AUTORIDAD AERONÁUTICA