



**SOLICITUD DE DESIGNACIÓN/ AUTORIZACIÓN CENTRO MÉDICOS
EXAMINADORES AERONÁUTICOS (CMAE).**

DATOS DEL CENTRO

NOMBRE DEL CENTRO Y RAZON SOCIAL				
DIRECCION		NRO.	PISO	
LOCALIDAD	PROVINCIA	CODIGO POSTAL		
TELEFONO DE CONTACTO	MAIL			
DÍAS Y HORARIO DE ATENCIÓN				
DIRECCION A EFECTOS DE NOTIFICACIONES		NRO.	PISO	DPTO
LOCALIDAD	PROVINCIA	CODIGO POSTAL		

DATOS DEL REPRESENTANTE

APELLIDO Y NOMBRE				
DOC. NAC. DE IDENTIDAD				
DIRECCIÓN PARTICULAR		NRO.	PISO	DPTO.
LOCALIDAD	PROVINCIA	CODIGO POSTAL		
TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL	MAIL PARTICULAR		
NRO DE MATRICULA VIGENTE (si corresponde)	MAIL LABORAL			
DOMICILIO LABORAL		NRO.	PISO	DPTO.
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	PROVINCIA		

CLASES DE EVALUACIONES PARA LAS QUE SOLICITA AUTORIZACIÓN

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



**MÉDICOS EXAMINADORES AERONÁUTICOS (AMES) AFECTADOS AL CENTRO MÉDICO
AERONÁUTICO (CMAE)**

APELLIDO Y NOMBRE	DOC. NAC. IDENTIDAD	PROFESIÓN
AME COORDINADOR		

Se aclara que el AME que cumplirá funciones en el CMAE deberá presentar junto con la presente solicitud el formulario de solicitud de designación/autorización para un médico examinador aeronáutico (AME) (Form. DEM 006) con toda la documentación respaldatoria.

Declaro bajo juramento que los datos aportados en el presente formulario se ajustan a la verdad.

Lugar y Fecha_____

Firma, aclaración y Doc. Nac. Identidad del representante o Director Médico_____



Se deberá adjuntar al presente formulario la siguiente documentación establecida en las RAAC Parte 67 –Certificación Médica Aeronáutica –.

- Fotocopia del DNI del representante o Director Médico del Centro Médico.
- Acreditación de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento. (Habilitación del Laboratorio, sala de radiología, etc.)
- Documento que detalle la composición del grupo accionario y del Consejo de Administración.
- Memoria detallada de medios técnicos, ajustada a clases de evaluaciones para las que solicita autorización, que incluya características técnicas del aparataje y descripción de las instalaciones. RAAC 67- Subparte A – 67.39 (b) (1) (iii) y (iv)
- Con respecto a los AME que pertenezcan al CMAE deberán adjuntar el formulario (Form DEM 006) y la documentación requerida en la misma.
- Inspección in situ realizada previo a la elevación del informe técnico.
- Entrevista presencial con el Director Médico del establecimiento.



**SOLICITUD DE DESIGNACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA UN MÉDICO EXAMINADOR
AERONÁUTICO (AME)
(Form. DEM 006)**

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE				
DOC. NAC. DE IDENTIDAD				
DIRECCIÓN PARTICULAR		NRO.	PISO	DPTO.
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	PROVINCIA		
TELEFONO FIJO	TELEFONO MOVIL	MAIL PARTICULAR		
NRO DE MATRICULA (VIGENTE)	MAIL LABORAL			
DOMICILIO LABORAL		NRO.	PISO	DPTO.
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	PROVINCIA		
CMAE AL QUE PERTENECE				

Declaro que los datos aportados son verdaderos y correctos a efectos de la solicitud por mi realizada, autorizando la utilización de la información contenida en este formulario como la Documentación adjunta por el Departamento Evaluación Médica, a los efectos estime corresponder.

Lugar y Fecha _____

Doc. Nac. Identidad _____

Firma y Aclaración _____



DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ SER ADJUNTADA

- ✓ Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del solicitante y,
- ✓ Fotocopia del Título en medicina y,
- ✓ Matricula Nacional vigente y,
- ✓ Fotocopia del Certificado donde acredite la formación en Medicina Aeronáutica y,
- ✓ Habilitación Sanitaria del consultorio y;
- ✓ Constancia del Nro de CUIT
- ✓ Descripción de las instalaciones que poseen en el consultorio y;
- ✓ Listado de los especialistas que apoyen o se involucren en la asistencia al AME y;
- ✓ Cualquier otra documentación que considere necesario el Departamento Evaluación Médica