



**SOLICITUD DE DESIGNACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA UN MÉDICO
EXAMINADOR
AERONÁUTICA (AME)**

(Form. DEM 006)

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE				
DOC. NAC. DE IDENTIDAD				
DIRECCIÓN PARTICULAR		NRO	PISO	DPTO.
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	PROVINCIA		
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	MAIL PARTICULAR		
NRO DE MATRÍCULA (VIGENTE)		MAIL LABORAL		
DOMICILIO LABORAL		NRO	PISO	DPTO.
LOCALIDAD	CODIGO POSTAL	PROVINCIA		
DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN				
CMAE AL QUE PERTENECE				

CLASES DE EVALUACIONES PARA LAS QUE SOLICITA AUTORIZACIÓN

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

Declaro que los datos aportados son verdaderos y correctos a efectos de la solicitud por mí 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 _____

Firma y Doc. Nac. Identidad _____



DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ SER ADJUNTADA

- Form DEM 0006 completo con letra imprenta, mayúscula y firmado,
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del solicitante,
- Fotocopia del Título en medicina, (deberá acreditar al menos 5 años de ejercicio en la profesión y tener especialidad de adultos),
- Matricula Profesional habilitante vigente,
- CV resumido con foto tipo carnet fondo liso actualizada,
- Certificado analítico del Curso de Medicina Aeronáutica y Reglamentación del CIPE,
- Habilitación del consultorio otorgada por autoridad sanitaria competente;
- Constancia del Nro de CUIT,
- Descripción de las instalaciones que poseen en el consultorio,
- Listado de los especialistas que apoyen o se involucren en la asistencia al AME,
- Certificado de ética profesional extendido por el Ministerio de Salud o por el colegio médico al que pertenezca el galeno,
- Entrevista personal con Médico Evaluador del DEM e inspección in situ del consultorio (de lo cual se dejará asentado en el formulario correspondiente), y
- Cualquier otra documentación que considere necesario el Departamento Evaluación Médica

NOTA 1: Una vez firmado la Resolución de Habilitación, el AME deberá enviar al DEM la declaración de aceptación adjunta.

NOTA 2: Todos los requisitos que figuran en la solicitud como la documentación anexada a lo misma son de carácter de declaración jurada.



DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN

Quien suscribe a continuación.....

DNI:....., en mi carácter de Médico Examinador Aeronáutico (AME), designado a tal fin por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE AVIACIÓN CIVIL (ANAC), en cumplimiento de lo establecido en las Regulaciones Argentinas de Aviación Civil (RAAC), Parte 67 — Certificación Médica Aeronáutica - , declaro:

1- Desempeñar mis funciones de acuerdo a lo establecido en la regulación mencionada y todas aquellas disposiciones, reglamentaciones, lineamientos o procedimientos conexas a la misma que pudieran surgir en el futuro desde el DEM de la ANAC, comprometiéndome a informar a ANAC cualquier cambio que hubiese respecto a mi habilitación;

2- Que el desempeño de mis funciones se llevaran a cabo de manera **EXCLUSIVA** en el domicilio declarado a continuación:

Calle:.....

Nº:

Localidad:.....

Provincia:

La presente reviste carácter de Declaración Jurada, quedando sujeto a las sanciones pertinentes por parte de la ANAC de no cumplirse con la misma.

Lugar y Fecha:

Firma:

Aclaración y DNI