

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
----------------------	------------------------------	------------	--------------	-----------	---------------------------

(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: _____ FECH A 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:	LUGAR EXPEDICIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 FORMACIÓN, CAPACITACIÓN 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 LABORA: _____

(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 ULTIMA HOJA DE BITACORA 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 PUBLICO O DE LA AUTORIDAD AERONAUTICA.
(Por perdida 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