



ANAC

Administración Nacional
de Aviación Civil

FORMULARIO DE EVALUACIÓN PSICOFISIOLÓGICA PARA AUTORIZACIÓN COMO MIEMBRO DE TRIPULACIÓN REMOTA

En virtud de los requerimientos expresados en la Resolución 572/2015, "REGLAMENTO PROVISIONAL DE LOS VEHÍCULOS AÉREOS NO TRIPULADOS", CAPÍTULO V.- MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN REMOTA, ARTÍCULO 32, inciso 2, los aspirantes a utilizar un VANT.

DATOS PERSONALES DEL INTERESADO		
APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO:		
DU/PAS/CED.ID.:	EDAD:	NACIONALIDAD:
DIRECCIÓN:		COD POSTAL:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	PAÍS:

A. POSEE CERTIFICACION MÉDICA AERONAUTICA VIGENTE (Tachar lo que no corresponda)
(En caso de respuesta afirmativa adjuntar original y copia, en caso de respuesta negativa pasar a ítem B)

La información a consignar a continuación, deberá ser completada por profesionales médicos pertenecientes a Hospitales públicos de la Republica Argentina.

	APTO	NO APTO	FIRMA Y SELLO PROFESIONAL
B. Evaluación de aptitud Psíquica			
C. Evaluación física			
D. Evaluación auditiva			
E. Evaluación de agudeza visual			
Requiere corrección (consignar graduación)	O.I.	O.D.	

SELLO DE HOSPITAL PÚBLICO

FIRMA, ACLARACIÓN, DNI DEL INTERESADO
