

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA LICENCIAS, HABILITACIONES, Y CONVALIDACIÓN DE LICENCIAS EXTRANJERAS PARA EL PERSONAL DE VUELO			
Instrucciones: Favor completar el presente formulario con toda la información solicitada.			
I. Información del Solicitante:			
1. Nombre del Solicitante: (Nombre / Primer y Segundo Apellido)			
2. Cédula o Pasaporte:		3. Estado civil:	
4. Teléfono (Casa):	5. Celular:	6. Oficina:	
7. Correo electrónico:			
8. Licencia o habilitación a la cual está optando: (Marque con una X alguna de las siguientes opciones)			
<input type="checkbox"/> Licencia de Piloto Privado(A) <input type="checkbox"/> Licencia de Piloto Comercial(A) <input type="checkbox"/> Licencia de Piloto de ATP (A) <input type="checkbox"/> Licencia de Piloto Privado (H) <input type="checkbox"/> Licencia de Piloto Comercial (H) <input type="checkbox"/> Licencia de Piloto de ATP (H) <input type="checkbox"/> Habilitación de Instrumentos(A) <input type="checkbox"/> Habilitación de Instrumentos (H)		<input type="checkbox"/> Habilitación de Clase: _____ <input type="checkbox"/> Habilitación de Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Habilitación de Instructor de Vuelo <input type="checkbox"/> Habilitación de Instructor Terrestre <input type="checkbox"/> Habilitación de Fumigación <input type="checkbox"/> Licencia de Piloto de Planeador <input type="checkbox"/> Licencia de Piloto de Globo Libre <input type="checkbox"/> Licencia de Ingeniero de Vuelo <input type="checkbox"/> Certificado de Idoneidad para Vehículos Ultraligeros <input type="checkbox"/> Convalidación de Licencia Extranjera	
9. Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año) _____/_____/_____		10. País y Lugar de Nacimiento:	
11. Dirección:		12. Nacionalidad	13. Color de ojos
		14. Estatura (m)	
		15. Peso (lb)	16. Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
17. Posee alguna otra licencia emitida por la DGAC de Costa Rica? Sí _____ No _____ Si la respuesta es afirmativa , indique: Tipo y número de licencia que posee: _____ Ha sido la licencia suspendida o revocada? Sí _____ Fecha: _____ No _____			
18. Fecha de Emisión del Certificado Médico (Día /Mes/Año): _____			
19. Comprende, escribe y habla el español?			

II. Entrenamiento.

Solicito la licencia, habilitación o convalidación de licencia con base en:

(Seleccione solamente **una** de las siguientes opciones y llene la información solicitada en esa casilla):

1. ____ El entrenamiento recibido en una ESCUELA DE AVIACIÓN CERTIFICADA por la DGAC de Costa Rica.

- a. Nombre de la Escuela de Aviación: _____
- b. Certificado Operativo número: _____
- c. Fecha de aprobación del examen teórico de la DGAC: _____
- d. Tipo de aeronave que se utilizará para la prueba práctica: _____
- e. Total de horas en esta aeronave como piloto al mando: _____

2. ____ Una LICENCIA EXTRANJERA, emitida por:

- a. País: _____
- b. Tipo de Licencia: _____
- c. Número: _____
- d. Habilitaciones: _____
- e. Total de Horas de Vuelo: _____

Nota: La DGAC verificará la validez de la licencia extranjera ante el país emisor de la misma. Esta verificación se hará directamente entre las Autoridades Aeronáuticas antes de convalidar la licencia.

3. ____ El entrenamiento recibido en una AEROLINEA u OPERADOR AEREO bajo un programa de instrucción aprobado por la DGAC de Costa Rica.

- a. Nombre de la Aerolínea u Operador Aéreo: _____
- b. Aeronave o Simulador para la prueba práctica: _____
- c. Fecha de Finalización del Entrenamiento: _____
- d. País y Lugar de Entrenamiento: _____
- e. Fecha de aprobación del examen teórico de la DGAC (Si Aplica): _____

4. ____ El entrenamiento y/o experiencia adquirida en una escuela/centro de entrenamiento u operador en el EXTRANJERO. Favor llenar la información del numeral III a continuación.

III. ENTRENAMIENTOS EN EL EXTRANJERO.

Favor llenar el siguiente cuadro si solicita que la prueba de pericia para la Licencia y/o Habilitación se realice en el extranjero ya sea en avión/helicóptero o simulador (Esta información debe ser llenada por el Solicitante). Este cuadro sólo debe llenarse si marcó la opción 4 de la página 2 anterior).

1. País y Lugar del centro del entrenamiento: _____	
2. Nombre del Centro de Entrenamiento:	
3. Fecha de inicio y finalización del entrenamiento y fecha de la prueba práctica:	
4. Tipo de Simulador/Avión/Helicóptero:	4b. Clase de Simulador:
5a. Nombre del Instructor que estará presente en el centro de entrenamiento en el extranjero:	5b. Tipo y número de licencia del Instructor:
6. La prueba se realizará en la silla: Izquierda <input type="checkbox"/> __ Derecha <input type="checkbox"/> _____	
7. Compañía o línea aérea con la que trabaja: (Si aplica):	
8. Fecha de aprobación del examen teórico de la DGAC:	
9. Total de horas voladas en el equipo:	

IV. Registro del Tiempo de Vuelo								
	Total	Vuelo solo	Piloto al mando	* PICUS (Piloto al mando bajo supervisión)	Copiloto	Vuelo de Travesía	Instrucción impartida	Instrucción recibida
Avión								
Helicóptero								
Planeador								
Globo Libre								
Simulador de Vuelo								
Entrenador de vuelo sintético								
Vehículos Ultraligeros								

IV. Registro del Tiempo de Vuelo (Continuación)									
	Multimotores	IFR Actual	IFR Simulado (Capota)	Número de Aprox.	Tipo de Aprox.	IFR Noche	Aterrizajes/ Despegues noche	No. de vuel	Fumigación
Avión									
Helicóptero									
Planeador									
Globo Libre									
Simulador de Vuelo									
Entrenador de vuelo									
Vehículos Ultraligeros									

* Nota: Para el reconocimiento de las horas PICUS (Horas de piloto al mando bajo supervisión), las mismas deberán ser certificadas por medio de una carta firmada por el Jefe de Operaciones de la línea aérea u operador.

V. Aprobación por el Instructor (Esta casilla **no** aplica para la convalidación de licencias extranjeras).

He impartido instrucción al aplicante y considero que está listo para la licencia o habilitación que el mismo solicita en este formulario.

Nombre del Instructor: _____

Firma: _____

Número de Licencia: _____

Vencimiento del Certificado Médico: _____

Fecha (Día/Mes/Año): _____

VI. Aprobación por la Escuela, Aerolínea, u Operador Aéreo (Esta casilla **no** aplica para la convalidación de licencias extranjeras).

El aplicante ha completado el programa aprobado y lo recomiendo para la licencia o habilitación de

_____.

Nombre de la Escuela, Aerolínea, u Operador Aéreo: _____

Nombre del Director o Jefe de Adiestramiento: _____

Firma del Director o Jefe de Adiestramiento: _____

Fecha (Día/Mes/Año): _____ Sello

VII. Certificación del Apicante

Hago constar que toda la información que suministro en este formulario es completa y verídica, y que en caso contrario, podría incurrir en responsabilidades de tipo penal y administrativo.

Firma del Apicante:

Cédula o Pasaporte:

Fecha (Día/Mes/Año):

VIII. Este espacio debe ser llenado por la Unidad de Licencias de la DGAC previo a la realización del examen práctico.

Después de revisar el presente formulario de solicitud, junto con los demás documentos requeridos, se autoriza al aplicante a presentar el examen práctico correspondiente a:

Nombre del Inspector de Licencias:

Fecha (Día/Mes/Año):

Firma del Inspector de Licencias:

Sello de la Unidad de Licencias

Nombre del Inspector de la DGAC o Examinador Designado que realizará la Prueba:

Cuenta el examinador con una designación para realizar la prueba práctica? Oficio N°. _____

Fecha de vencimiento de la designación del Examinador: _____

Fecha de vencimiento del certificado médico del Examinador: _____

Experiencia reciente del examinador en el equipo en el que se realizará la prueba: (Fecha de último vuelo en el equipo): (Revisar última página del libro de vuelo del examinador). _____

Nota: El aplicante ha presentado el examen práctico previo a esta solicitud? No _____ Sí _____
Debe repetir las siguientes maniobras del formulario práctico (Si aplica):

IX. Informe del Inspector de la DGAC o del Examinador Designado	
El aplicante ha sido evaluado de acuerdo con los procedimientos y requisitos pertinentes, obteniendo el siguiente resultado:	
<input type="checkbox"/> Aprobado	
<input type="checkbox"/> Reprobado	
Comentarios: _____	
Nombre del Inspector o Examinador Designado:	Número de Licencia:
Firma del Inspector o Examinador Designado:	Fecha (Día/Mes/Año):

X. Exclusivo para ser llenado por la Unidad de Licencias	
Después de revisar el presente formulario de solicitud, junto con los demás documentos requeridos, el mismo se:	
Aprueba <input type="checkbox"/> Rechaza <input type="checkbox"/>	
Para la Emisión de la Licencia o Habilitación: _____	
Nombre del Inspector de Licencias:	Fecha (Día/Mes/Año):
Firma del Inspector de Licencias:	Sello de la Unidad de Licencias