



DIRECCIÓN GENERAL DE AERONÁUTICA CIVIL
DEPARTAMENTO SEGURIDAD OPERACIONAL
SUBDEPARTAMENTO LICENCIAS

N° _____

**SOLICITUD DE CERTIFICADO HORAS DE VUELO
COMPLETE DE ACUERDO A LO QUE NECESITE**

FECHA: _____ RUN: _____

NOMBRE COMPLETO _____

CANTIDAD DE CERTIFICADOS

TOTAL HORAS VOLADAS _____

DESGLOSE _____

REGISTRA ACCIDENTES O
INCIDENTES DE AVIACIÓN : _____

IDIOMA DEL CERTIFICADO ESPAÑOL INGLÉS

PARA SER PRESENTADO EN: _____

PAGO DE TASA SI NO

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOTA: El Subdepartamento Licencias tiene un plazo de **48 hrs.** hábiles, para la entrega del certificado solicitado.