



## EXAMEN POR CONDICION MONOCULAR

POSTULANTE \_\_\_\_\_ LIC. N° \_\_\_\_\_ VENC. \_\_\_\_\_  
 EMPRESA \_\_\_\_\_  
 AERÓDROMO \_\_\_\_\_ TIPO AERONAVE \_\_\_\_\_ MATRÍCULA \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL IOA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

VISION EN TIERRA	S	I	NA
<b>PANEL</b>			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
<b>RODAJE</b>			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
DISTANCIA _____ MTS.			

VISION EN VUELO	S	I	NA
<b>DESPEGUE</b>			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
<b>NIVELADO</b>			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
<b>APROXIMACION</b>			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
<b>ATERRIJAJE</b>			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			

UTILIZA PROTECTOR DE TRAUMA OCULAR EN VUELO ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

DESDE CUANDO TIENE VIVION MONOCULAR ? \_\_\_\_\_

EXAMEN DE CAMPO VISUAL NORMAL ? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**S** = Satisfactorio. **I** = Insatisfactorio.  
**NA** = No aplicable.

**OBSERVACIONES EN HOJA 2**