



EXAMEN POR CONDICION DE ESTRABISMO OPERADO

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

VISION EN TIERRA	S	I	NA
PANEL			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
RODAJE			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
DISTANCIA _____ MTS.			

VISION EN VUELO	S	I	NA
DESPEGUE			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
NIVELADO			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
APROXIMACION			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			
ATERRIZAJE			
FRONTAL			
PERIFÉRICA			

EXAMEN DE CAMPO VISUAL NORMAL ? SI _____ NO _____

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

OBSERVACIONES EN HOJA 2

REVISIÓN: 02	FECHA: OCTUBRE / 2011	REVISADO Y APROBADO POR: DUEÑO DE PROCESO
--------------	-----------------------	---