

FORMULARIO DEM

DEM 0010

FORMULARIO PARA SOLICITAR UN DUPLICADO DE CMA POR ROBO, HURTO O EXTRAVIO

I.- DATOS PERSONALES.

1. Nombre/s y Apellido/s _____.
2. D.N.I o Pasaporte _____.
4. Tipo de Licencia Aeronáutica que posee _____.
5. N° tel. de contacto _____ Mail de contacto _____.
6. Dirección Postal _____.

II.-Datos sobre CMA a reponer:

1. Fecha de realización de la última CMA: _____.
2. CMAE/AME donde realizo la última CMA: _____.

III.- Documentos adjuntos (Marque con una cruz en el casillo correspondiente)

- 1.- Denuncia Policial SI NO
- 2.- Fotocopia DNI/ Pasaporte SI NO
- 3.- Otros _____.

IV.- Observaciones: _____

V.- Por la presente autorizo a la autoridad médica de la ANAC a conocer, procesar y tratar todos mis datos y antecedentes médicos y operativos, con el fin de llevar adelante el proceso de reposición de mi CMA.

VI.- Declaro bajo juramento que la información arriba detallada se ajusta a la verdad.

Lugar y Fecha _____.

Firma y aclaración del solicitante

DEPARTAMENTO EVALUACIÓN MÉDICA

Azopardo 1405 esq. Av. Garay, 4° Piso / Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C1107ADY)

Teléfono: (+54 11) 5941 3000 Int.69142/ 69928/69738/ 69926/69424

dem@anac.gob.ar