



International
Civil Aviation
Organization

Organisation
de l'aviation civile
internationale

Organización
de Aviación Civil
Internacional

Международная
организация
гражданской
авиации

منظمة الطيران
المدني الدولي

国际民用
航空组织

Al responder haga referencia a:

Ref.: NT- NI-8.7.3 — **EMX0166**

5 de marzo de 2014

Para: Estados y Organizaciones Internacionales

Asunto: **Invitación al Seminario sobre supervisión de la seguridad operacional de los Servicios de Navegación Aérea (ANS) (Oficina Regional NACC de la OACI, Ciudad de México, México, 12 - 16 de mayo de 2014)**

Tramitación

Requerida: 1) Registrar participantes a más tardar el **21 de abril de 2014**
2) Enviar formulario de candidatura de beca antes del **21 de abril de 2014**

Señor:

La primera edición del Anexo 19 de la OACI entró en vigor a partir del 14 de noviembre de 2013, lo cual requiere que los Estados establezcan un Sistema de supervisión de la seguridad operacional. Con el fin de asistir a los Estados a cumplir con este requisito, tengo el honor de invitar a su Administración/Organización a participar en el Seminario sobre supervisión de la seguridad operacional de los Servicios de Navegación Aérea (ANS), que se celebrará en Oficina Regional NACC de la OACI en la Ciudad de México, México, del 12 al 16 de mayo de 2014.

El objetivo de esta actividad es proveer a los participantes un entendimiento de los principios fundamentales subyacente a las auditorías e inspecciones efectivas ANS con el fin de llevar a cabo las actividades de supervisión de seguridad operacional ANS, en conformidad con las disposiciones del Anexo 19 de la OACI.

Se espera la asistencia de personal especializado de los Estados, autoridades de aviación civil y organizaciones regionales responsables de la supervisión de la seguridad operacional y programas de inspección ANS. Los idiomas de trabajo de la reunión serán español e inglés, y se proporcionará interpretación simultánea si se registran a tiempo suficientes participantes de ambos idiomas.

El orden del día provisional del evento se presenta en el **Adjunto A**. Le agradeceré completar y enviar el formulario de registro en el **Adjunto B** por correo electrónico para cada participante antes del **21 de abril de 2014**.

... / 2

La lista de hoteles sugeridos, los mapas de localización de la Oficina Regional NACC de la OACI, Zona de Hoteles, así como otra información de utilidad está disponible en la sección “¿*Visitará nuestra oficina?*” del sitio web de la Oficina Regional NACC de la OACI (http://www.icao.int/NACC/Pages/visitors_info.aspx). Los participantes deberán realizar sus reservaciones directamente con los hoteles de manera oportuna.

Toda la documentación del seminario estará disponible en la sección de reuniones de la siguiente página web: http://www.icao.int/NACC/Pages/ES/meetings-by-year_ES.aspx?year=2014 en cuanto esté lista. Dado que esta documentación estará en formato electrónico, no se distribuirá ninguna copia impresa durante el evento.

Asimismo, en conformidad con el Plan de actividades para 2013-2016 del Proyecto Regional de Cooperación Técnica para la Región Caribe – *Implementación de los sistemas de navegación aérea basada en la performance en la Región CAR (RLA/09/801)*, tengo el agrado de informarle que este evento está ofreciendo una beca para miembros del Proyecto¹.

La beca incluye asignación de subsistencia diaria (DSA) para cubrir alojamiento y viáticos; su Administración deberá proporcionar al candidato el pasaje aéreo de ida y vuelta para la Ciudad de México, y asegurarse que posea antes de su salida los documentos necesarios de viaje, vacunas y visa.

Respecto a las becas ofrecidas para los Estados Centroamericanos a través de COCESNA, por favor tomar nota que la decisión del candidato representante deberá realizarse internamente entre su Administración y COCESNA. Posterior a la coordinación, el Formulario de nominación para el candidato seleccionado que represente a los Estados Centroamericanos **deberá ser enviado a esta Oficina Regional a través de COCESNA.**

Un formulario de candidatura de beca deberá completarse para cada candidato, se deberán llenar todas las páginas, incluyendo firma y sello de su Administración (página 2), así como la firma del médico que realice el reconocimiento en la parte médica del formulario (página 6). La dirección a la que deberá enviar el formulario de beca es:

Oficina Regional NACC de la OACI

Sr. Julio Garriga

Especialista Regional de Cooperación Técnica

Sra. Claudia López

Asistente de Cooperación Técnica

icaonacc@icao.int; jgarriga@icao.int; clopez@icao.int;

Agradeceré recibir confirmación **lo antes posible** en caso de que su Administración esté interesada en proponer un candidato para una beca para asistir al Seminario sobre supervisión de la seguridad operacional de los Servicios de Navegación Aérea (ANS). Enviar, debidamente completado, el Formulario de nominación (**Adjunto C**) a esta Oficina Regional de la OACI antes del **21 de abril de 2014**.

... /2

¹ Los **Estados miembros del Proyecto RLA/09/801** son: Bahamas, Barbados, Cuba, Curazao, Haití, Jamaica, México, los Estados OECS a través de ECCAA (Antigua y Barbuda, Granada, San Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas), República Dominicana, Trinidad y Tabago y los Estados Centroamericanos a través de COCESNA (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua).

Si requiere más información sobre este evento, por favor contactar al Sr. Víctor Hernández, Especialista Regional en Gestión del Tránsito Aéreo y Búsqueda y Salvamento (vhernandez@icao.int), y/o a su Asistente, la Srita. Ana Valencia (avalencia@icao.int).

Le ruego acepte el testimonio de mi mayor consideración y aprecio.

A digital signature in black ink, appearing as a stylized cursive script. The signature is overlaid on a circular blue stamp that contains the text "Firma Digital" on the left and "Digital Signature" on the right, with a central emblem.

Loretta Martin
Directora Regional
Oficina Regional para Norteamérica,
Centroamérica y Caribe (NACC)

Adjuntos:

A – Orden del Día Provisional

B – Forma de Registro

C – Formulario de nominación de beca

N:\N - ICAO Regions\N 1- 8.7.3 - ANS Inspection Events\1405-NACC-SafetyOversightANS\Correspondence\EMX0166ATM-Estados-CartaInvitacionRev.docx



International Civil Aviation Organization

Organización de Aviación Civil Internacional

North American, Central American and Caribbean Office (NACC)

Oficina para Norteamérica, Centroamérica y Caribe (NACC)

Safety Oversight Air Navigation Services (ANS) Seminar /

Seminario sobre supervisión de la seguridad operacional de los Servicios de Navegación Aérea (ANS)

Mexico City, Mexico, 12 to 16 May 2014 /

Ciudad de México, México, 12-16 de mayo de 2014

DRAFT AGENDA/AGENDA PROVISIONAL

Module/Módulo 1

- Safety Management Framework/Marco sobre la Gestión de la seguridad operacional
- State Safety Oversight System/Sistema de supervisión de la seguridad operacional del Estado
- 8 Critical Elements (CEs)/8 Elementos Críticos (CE)

Module/Módulo 2

- The Chicago Convention and ICAO Standards and Recommended Practices (SARPs)/La Convención de Chicago y Normas y métodos recomendados (SARPS) de la OACI
- State Safety Legislative Framework/Marco legal de seguridad operacional del Estado
- Bilateral Agreements under Article 83 *Bis*/Acuerdos bilaterales bajo el Artículo 83 *Bis*
- Electronic Filing of Differences System (EFOD)/Sistema de notificación electrónica de diferencias (EFOD)
- ICAO USOAP-CMA On-Line Framework (OLF)/Marco en línea del UOSAP-CMA de la OACI

Module/Módulo 3

- Safety Oversight Organization/Organización de supervisión de la seguridad operacional
- Responsibilities and Empowerment/Responsabilidades y empoderamiento
- Safety Auditor Profile, Skills and Competencies/Perfil del auditor de seguridad operacional, habilidades y competencias
- Safety Training Programme/Programa de instrucción sobre la seguridad operacional
- Safety Oversight Audit Programme/Programa de auditorías de supervisión de la seguridad operacional
- Audit Scope, Procedures and Forms/Alcance, procedimientos y formularios de las auditorías
- Joint Audit Evaluations/Evaluaciones conjuntas de auditorías

Module/Módulo 4

- State Safety Programme (SSP) and Safety Management Systems (SMS) Frameworks/Marcos del Programa de seguridad operacional del Estado (SSP) y del Sistema de gestión de la seguridad operacional (SMS)
- Gap Analysis and Implementation Plan/Análisis de brechas y plan de implementación
- Quality Management Systems/Sistemas de gestión de calidad
- Notification System/Sistema de notificación
- Threat and Error Management (TEM) and Normal Operations Safety Survey (NOSS) Programmes/Programas Gestión de la amenaza y el error (TEM) y Estudio de la seguridad de las operaciones normales (NOSS)
- Safety Risk Management/Gestión del riesgo de la seguridad operacional
- Safety Performance Indicators and Targets/Indicadores y metas del desempeño de la seguridad operacional

Module/Módulo 5

- Safety Concerns and Mitigation Actions/Problemas de seguridad operacional y acciones de mitigación
 - Enforcement Policy/Política de cumplimiento
 - Accident and Incident Investigation and Follow-up/Investigación y seguimiento de accidentes e incidentes
 - Safety Data Management and Protection of Information/Gestión de datos de la seguridad operacional y protección de la información
 - Regional Safety Oversight Organizations (RSOOs) and Regional Accident and Incident Investigation Organizations (RAIIOs)/Organizaciones regionales de vigilancia de la seguridad operacional (RSOO) y Organizaciones regionales de investigación de accidentes e incidentes (RAIIO)
-

ATTACHMENT/ADJUNTO B



International Civil Aviation Organization
Organización de Aviación Civil Internacional
North American, Central American and Caribbean Office (NACC)
Oficina para Norteamérica, Centroamérica y Caribe (NACC)
Safety Oversight Air Navigation Services (ANS) Seminar /
Seminario sobre supervisión de la seguridad operacional de los Servicios de
Navegación Aérea (ANS)
Mexico City, Mexico, 12 to 16 May 2014 /
Ciudad de México, México, 12-16 de mayo de 2014

REGISTRATION FORM / FORMULARIO DE REGISTRO

| | | |
|----|--|--|
| 1. | NAME NOMBRE | |
| 2. | POSITION CARGO | |
| 3. | ORGANIZATION ORGANIZACIÓN | |
| 4. | COUNTRY PAÍS | |
| 5. | TELEPHONE TELÉFONO | |
| 6. | E-MAIL CORREO-E | |

Please send this form to: / Por favor envíe este formulario a:

E-mail: icaonacc@icao.int



**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
DIRECCIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA**

GUÍA PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

(El originador tiene que arrancar esta hoja antes de enviar el formulario adjunto de candidatura para una beca, a la oficina regional o local de la PNUD, para que ésta lo haga llegar a la OACI)

Es de interés para los gobiernos asegurarse de que el formulario de candidatura adjunto se llene completamente respecto a cada candidato, *en un original y dos copias*. Todo formulario de candidatura tiene que someterse al Representante residente local del PNUD quien enviará tres copias de él al correspondiente Representante regional de la OACI. Los formularios de candidatura tiene que recibirlos la oficina regional de la OACI, con *seis meses de anticipación*, como mínimo, a la fecha de iniciación de los cursos propuestos.

PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

Sírvase notar los siguiente:

En el *párrafo 1* debe indicarse el campo de formación profesional *principal*, tal como se especifica en la SECCIÓN I – LISTA DE CURSOS DE LA GUÍA OACI DE CENTROS DE FORMACIÓN PROFESIONAL, Doc 9172.

En el *párrafo 2* deben darse detalles específicos de los países y centros de Instrucción donde se ofrecen los cursos, así como de los cursos mismos. Por ejemplo, debe decirse: Control de tránsito aéreo – Control de aproximación y de aeródromo, procedimientos; Mantenimiento de aeronaves – Célula y sistemas motopropulsores del Boeing 737, en lugar de frases de carácter general tales como ATC, mantenimiento de aeronaves, etc.

En el *párrafo 4* deben expresarse en forma concisa y exacta los objetivos perseguidos con la beca.

PARTE II – ANTECEDENTES DEL CANDIDATO

Los datos sobre la instrucción técnica y/o especializada recibida son indispensables para la formación del programa de beca, para indicar qué cursos preliminares/básicos o avanzados hay que agregar/eliminar de éste a fin de lograr los mejores resultados posibles. Los datos sobre empleo constituyen asimismo un elemento esencial para la formación del programa, dado que ayudan a determinar la clase y grado de Instrucción solicitada.

PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS

A menos que el candidato haya recibido su educación, especialmente media y/o preuniversitaria, en el idioma en que se dicta el curso en el país propuesto, es fundamental que pase con éxito un examen previo del idioma de que se trate, en una escuela de idiomas acreditada o ante la embajada/consulado local del país que ofrece el curso, para garantizar que el candidato comprenda, lea, escriba y sepa expresarse en el idioma en cuestión con suficiente fluidez para poder recibir instrucción en él.

PARTE IV-A Y PARTE IV-B – INFORMES MEDICOS

Es fundamental que el candidato goce de buena salud y que no tenga enfermedad alguna que pueda requerir más reconocimientos y/o tratamientos médicos durante el período de la beca. La OACI y el PNUD no sufragarán ningún gasto médico en el que haya incurrido un becario a causa de enfermedades que hubiera contraído con anterioridad a la fecha de iniciación de la beca. Dichos gastos debe sufragarlos el becario y/o su país. Todo candidato a una beca debe ser reconocido por algún médico recomendado por la Oficina local del PNUD. Si los miembros de la tripulación y controladores de tránsito aéreo van a seguir algún curso para conseguir una licencia, deben someterse a un reconocimiento médico completo (Parte IV-B) tal como prevé el Anexo 1 de la OACI. Capítulo 6, párrafo 6.6. Todos los demás candidatos deben someterse a un reconocimiento físico general, incluyendo una radiografía del tórax (Parte IV - A).



**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

NOTA: Es necesario llenar cada una de las partes del formulario a máquina o con letras de imprenta.
Una vez debidamente llenado se enviará a la OACI por triplicado, por Intermedio de la oficina del Representante residente del PNUD en el país Interesado, con seis meses de anticipación, como mínimo, a la fecha de iniciación del programa propuesto. El Representante residente lo enviará, a su vez, por triplicado al correspondiente Representante regional del a OACI.

PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

El Gobierno de _____

1. Presenta la candidatura del/de la: Sr./Sra./Srta. _____
(apellido) (nombres)

para recibir una beca de la OACI en la esfera de _____
(Identifíquese el campo de formación profesional principal de acuerdo con la *Guía OACI de centros de formación profesional*. Doc 9172, Sección I - Lista de cursos.)

2. Solicita la beca para el programa de Instrucción siguiente.

(Enumérese por orden cronológico las distintas fases de instrucción o de estudio previstas especificando si el nivel es ab initio, avanzado, de repaso, de especialización adicional, gira de familiarización, instrucción en el empleo, etc.
Si el espacio no es suficiente , adiciónese una hoja del mismo formato.)

| País(es) Donde se Ofrece el curso | Institución(es) docente(s) (empresas/organismos) | Cursos específicos | Período | | Duración (en semanas) |
|---|---|--------------------|---------|----|--------------------------|
| | | | del | al | |
| | | | | | |

Duración total

NOTA: El programa final de la beca será preparado por la OACI en consulta con los países o Instituciones donde se ofrezcan los cursos, según sea el caso. Dicho programa podrá diferir del solicitado en cuanto a los detalles, especialmente en lo que se refiere a la duración de la Instrucción y a la selección de los países donde se ofrecen los cursos. Sin embargo, siempre que sea posible, la OACI respetará los objetivos del programa de Instrucción solicitado.

*Táchese lo que no corresponda

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE – I Cont.

3. Solicita que la beca sea financiada en virtud del programa de asistencia técnica siguiente:
(Señálese la casilla correspondiente e Insértese el número del proyecto.)

- | | | | |
|--------------------------|---|----------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Programa nacional bajo el PNU | Proyecto Núm.: _____ | Puesto Núm.: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Programa regional del PNUD | Proyecto Núm.: _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Programa Interregional del PNU | Proyecto Núm.: _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Acuerdo de fondos fiduciarias Concretado con la OACI | Proyecto Núm.: _____ | |

4. Declara que los objetivos de esta beca son los siguientes:

5. Conviene en que se hará/no se hará* cargo de los gastos de transporte de ida y vuelta del candidato el país o a los países donde se ofrezcan los cursos.

6. Certifica que:

- a) El candidato está obligado a regresar a su país al completar el programa de su beca, para ser asignado a desempeñar funciones en la aviación civil por un período mínimo de _____ años.
- b) La ausencia del candidato con motivo de la beca no influirá en forma desfavorable en la jerarquía, derechos, sueldo o antigüedad correspondiente a su empleo.
- c) Se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y el candidato está capacitado para seguir el programa de Instrucción propuesto.
- d) El candidato tendrá un pasaporte válido que no expire antes de la fecha de término de la beca.

Firma de la autoridad de aviación civil

Fecha: _____

Nombre: _____
(escrito a máquina o con letras de imprenta)

Título: _____
COLÓQUESE EL SELLO O TIMBRE OFICIAL

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR DEL PROYECTO O JEFE DE LA MISIÓN OACI

Certifico que se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y que el candidato está capacitado para seguir el programa de Instrucción propuesto.

Fecha: _____

Firma

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

PARTE II ANTECEDENTES DEL CANDIDATO

| 1. Nombre | 2. Estado Civil: | 3. Fecha de Nacimiento: | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|--|--|---------------------------|--|---------------------------|--------------------------------|-----|----|--|--|--|--|--|--|
| 4. Domicilio (para la correspondencia): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Nombre y dirección de la persona a quien deberá notificarse en caso de emergencia (aparte de las autoridades estatales): | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Idiomas que conoce: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Idioma Materno _____ b) Idioma(s) utilizado(s) en sus estudios primarios y secundarios _____ c) Otro(s) idioma(s) del cual (de los cuales) el candidato tiene un conocimiento práctico _____ d) Idioma(s) que se utilizará(n) durante el programa propuesto para la beca _____ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Estudios primarios y secundarios: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 60%;">Nombre, ciudad y país de la institución</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Período</th> <th rowspan="2" style="width: 40%;">Curso terminado y certificado obtenido</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">Del</th> <th style="width: 10%;">al</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | Nombre, ciudad y país de la institución | Período | | Curso terminado y certificado obtenido | Del | al | | | | | | | | |
| Nombre, ciudad y país de la institución | Período | | | Curso terminado y certificado obtenido | | | | | | | | | | | | |
| | Del | al | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Instrucción superior y universitaria: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Si ha terminado Ud. ciertos estudios con un diploma o título indique en la columna de "asignaturas cursadas" únicamente las principales. En caso contrario, indíquense todas las asignaturas estudiadas.) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Nombre de la escuela superior</th> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Asignaturas cursadas</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Período</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Título o diploma obtenido</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">del</th> <th style="width: 10%;">al</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | Nombre de la escuela superior | Asignaturas cursadas | Período | | Título o diploma obtenido | del | al | | | | | | | |
| Nombre de la escuela superior | Asignaturas cursadas | Período | | | Título o diploma obtenido | | | | | | | | | | | |
| | | del | al | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Instrucción técnica y de especialista: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Procédase al igual que con el apartado 8. Enumere y precise toda instrucción anterior que haya recibido mediante becas de estudios o de ampliación de estudios de la OACI) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 25%;">Nombre y lugar de la institución docente</th> <th rowspan="2" style="width: 25%;">Asignaturas cursadas</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Período</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Duración (semanas)</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">Diploma o certificado obtenido</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">del</th> <th style="width: 10%;">al</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 100px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | Nombre y lugar de la institución docente | Asignaturas cursadas | Período | | Duración (semanas) | Diploma o certificado obtenido | del | al | | | | | | |
| Nombre y lugar de la institución docente | Asignaturas cursadas | Período | | | Duración (semanas) | Diploma o certificado obtenido | | | | | | | | | | |
| | | del | al | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE II – Cont.

10. Empleos

(indíquese los cargos ejercidos en últimos cinco años, y/o los dos últimos cargos ejercidos)

| Empleador (nombre de la empresa u organismo) | Último cargo ejercido | Período | | Funciones |
|--|-----------------------|---------|----|-----------|
| | | del | al | |
| | | | | |

11. Declaración del candidato:

- i) No consideraré que la beca de la OACI me ha sido otorgada ni emprenderé ningún viaje hasta que reciba notificación e instrucciones por escrito de la OACI al respecto.
- ii) En el caso de que se me otorgue la beca, por la presente me comprometo a:
 - a) Comportarme en todo momento en forma compatible con mi condición de becario de la OACI;
 - b) Dedicarme todo el tiempo, durante el período de la beca a cumplir el programa de estudios en la forma que ordenen la OACI y el organismo correspondiente en el país de los estudios;
 - c) Abstenerme de realizar actividades políticas, comerciales o de otra índole, perjudiciales para el país en el que estudie;
 - d) Presentar los informes que me pida la OACI y cumplir todas las instrucciones que reciba de dicha Organización; y
 - e) Regresar a mi país al término de los estudios previstos en la beca y emplear los nuevos conocimientos adquiridos en el fomento de la aviación civil en mi país.

Certifico que a mi leal saber y entender toda la formación proporcionada es verdadera en todos los sentidos.

Fecha: _____

Firma del candidato

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

(no es aplicable)

PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS

[Nota: Se exige este examen solamente si el idioma que se empleará durante el programa propuesto para la beca es distinto del idioma materno del candidato o del que utilizó en las escuelas primaria y secundaria, en que adquirió su instrucción básica (véase PARTE II – Inciso 6). El examen debería efectuarse en una escuela de idiomas, en una universidad o en la institución que designe la OACI para satisfacer los requisitos del país Invitante. A este respecto debería consultarse la oficina del Representante residente del PNUD o de la misión de asistencia técnica de la OACI.]

Nombre de la Institución encargada de realizar el examen: _____

Nombre del candidato: Sr./Sra./Srta.: _____

Idioma del cual deberá pasar el examen: _____

RESULTADOS

(Señálese lo que corresponda)

1. Comprensión:

- a) Lo comprende sin dificultad cuando se le habla con rapidez normal.
- b) Lo comprende casi todo a rapidez normal, aunque a veces es necesario repetírselo.
- c) Lo comprende casi todo si se le habla lentamente y con buena dicción.
- d) Es necesario repetirle o traducirle palabras y frases.
- e) No comprende siquiera la conversación más elemental.

2. Expresión :

- a) Lo habla perfectamente, con precisión y se le entiende fácilmente.
- b) A veces comete errores que no dificultan, sin embargo, la comprensión.
- c) Se equivoca con frecuencia y a veces se expresa confusamente.
- d) Habla con tanta dificultad que es difícil entenderle.
- e) Comete errores tan importantes al hablar que es prácticamente imposible entenderle.

3. Lectura :

- a) Lee y entiende perfectamente.
- b) Lee lentamente, pero lo entiende casi todo.
- c) Lee con dificultad y tiene que consultar a menudo el diccionario.
- d) No entiende lo que lee.

4. Escritura :

- a) Escribe fácilmente y con precisión.
- b) Escribe con algunas faltas, pero se le puede entender.
- c) Escribe con dificultad y se equivoca con frecuencia.
- d) No sabe escribirlo.

CONCLUSIONES

¿Podría el candidato seguir un curso técnico en dicho idioma?

SI

NO

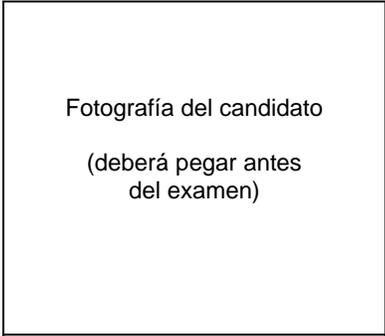
Fecha : _____

Firma del examinador

Nombre : _____
(a máquina o con letras de imprenta)

COLÓQUESE EL SELLO O TIMBRE OFICIAL

*Táchese lo que no corresponda



**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE IV.A – INFORME MÉDICO

Notas:

- 1. Los tripulantes y los controladores de tránsito aéreo que vayan a seguir cursos para conseguir alguna licencia de acuerdo con el Anexo 1, deben usar la Parte IV-B del formulario.
- 2. Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, con inclusión de análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse los documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.), a no ser que se pidan.

El que suscribe, Dr. _____ después de haber completado el examen clínico
Del/de la: Sr./Sra./Srta. _____ cuya fotografía aparece en esta página.

Certifica lo siguiente:

(Señálese lo que corresponda)

El candidato:

- 1. ¿Está en condiciones físicas de viajar al extranjero? _____
- 2. ¿Está, física y mentalmente, en condiciones de realizar un estudio intensivo? _____
- 3. ¿Está libre de cualquier enfermedad contagiosa? _____
- 4. ¿Es bueno su oído? _____
- 5. ¿Es buena su vista? _____
- 6. ¿Está libre de enfermedades que requerirían tratamientos o reconocimientos médicos periódicos durante la duración propuesta del programa de la beca? _____

| SI | NO |
|----|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Otras observaciones del médico:

Fecha: _____

Firma del médico

COLÓQUESE EL SELLO O TIMBRE OFICIAL
(también sobre la fotografía)

*Táchese lo que no corresponda.

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

| PARTE IV. B – INFORME MEDICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|-----------------------------------|--|--|--|--|----|----|--|----|----|------------------------------------|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|---|--|--|---------------------|--|--|-----------------|--|--|----------------------------|--|--|------|--|--|----------------------------------|--|--|-----------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|---------------------------------------|--|--|-----------------------|--|--|------------------------------|--|--|---|--|--|---|--|--|-----------------------------|--|--|--------------------|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|
| PARA LOS MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN Y CONTROLADORES DE TRÁFICO AÉREO QUE VAYAN A SEGUIR CURSOS PARA CONSEGUIR ALGUNA LICENCIA DE ACUERDO CON EL ANEXO 1 DE LA OACI ESTA PÁGINA DEBERA LLENARLA EL CANDIDATO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar y fecha del examen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y apellidos | | Nacionalidad | Sexo | M <input type="checkbox"/> | F <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | Estado Civil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trata de obtener una licencia: | | Inicial <input type="checkbox"/> | PP <input type="checkbox"/> | De otro tipo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ATCO <input type="checkbox"/> | CP <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha sido usted sometido anteriormente a reconocimiento médico para Ejercer de tripulante o algún cargo de control de tránsito aéreo? | | | SI <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo. ¿dónde y cuándo? | Fue declarado: Apto <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Se le ha expedido a UD. Alguna vez una dispensa médica? | | | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horas de vuelo: Total | | Últimos seis meses: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de aeronave en que presta actualmente sus servicios | | reactor <input type="checkbox"/> | de modo alternativo <input type="checkbox"/> | helicóptero <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha sufrido UD. Algún accidente de aviación? | | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, dé los detalles pertinentes en el apartado de "observaciones". | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>ANTECEDENTES MEDICOS ¿Ha experimentado alguna vez o experimenta actualmente, algunos casos siguientes? con respecto a las respuestas afirmativas, dense detalles en el apartado de "observaciones"</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor de cabeza frecuente o fuerte</td> <td></td> <td></td> <td>Transtornos nerviosos de cualquier clase</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vértigo o desvanecimiento</td> <td></td> <td></td> <td>Consumo habitual de drogas o estupefacientes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pérdida del conocimiento por cualquier causa</td> <td></td> <td></td> <td>Consumo excesivo de bebidas alcohólicas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transtornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas</td> <td></td> <td></td> <td>Intento de suicidio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fiebre del heno</td> <td></td> <td></td> <td>Mareo debido al movimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td></td> <td></td> <td>Rechazado para un seguro de vida</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transtornos cardiacos</td> <td></td> <td></td> <td>Hospitalizado en los últimos dos años</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta o baja</td> <td></td> <td></td> <td>Condenas por delitos automovilísticos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Problemas estomacales</td> <td></td> <td></td> <td>Condenas por otros conceptos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cálculos en el riñón o sangre en la orina</td> <td></td> <td></td> <td>Condiciones ginecológicas y obstétricas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Azúcar o albuna en la orina</td> <td></td> <td></td> <td>Otras enfermedades</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Epilepsia o ataques</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cree Ud. Gozar de buena salud física y menta?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | | | SI | NO | | SI | NO | Dolor de cabeza frecuente o fuerte | | | Transtornos nerviosos de cualquier clase | | | Vértigo o desvanecimiento | | | Consumo habitual de drogas o estupefacientes | | | Pérdida del conocimiento por cualquier causa | | | Consumo excesivo de bebidas alcohólicas | | | Transtornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas | | | Intento de suicidio | | | Fiebre del heno | | | Mareo debido al movimiento | | | Asma | | | Rechazado para un seguro de vida | | | Transtornos cardiacos | | | Hospitalizado en los últimos dos años | | | Presión arterial alta o baja | | | Condenas por delitos automovilísticos | | | Problemas estomacales | | | Condenas por otros conceptos | | | Cálculos en el riñón o sangre en la orina | | | Condiciones ginecológicas y obstétricas | | | Azúcar o albuna en la orina | | | Otras enfermedades | | | Epilepsia o ataques | | | ¿Cree Ud. Gozar de buena salud física y menta? | | |
| | SI | NO | | SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor de cabeza frecuente o fuerte | | | Transtornos nerviosos de cualquier clase | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vértigo o desvanecimiento | | | Consumo habitual de drogas o estupefacientes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pérdida del conocimiento por cualquier causa | | | Consumo excesivo de bebidas alcohólicas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transtornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas | | | Intento de suicidio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fiebre del heno | | | Mareo debido al movimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Asma | | | Rechazado para un seguro de vida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transtornos cardiacos | | | Hospitalizado en los últimos dos años | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión arterial alta o baja | | | Condenas por delitos automovilísticos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemas estomacales | | | Condenas por otros conceptos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cálculos en el riñón o sangre en la orina | | | Condiciones ginecológicas y obstétricas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Azúcar o albuna en la orina | | | Otras enfermedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Epilepsia o ataques | | | ¿Cree Ud. Gozar de buena salud física y menta? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Hay algún antecedente familiar de: | | Diabetes <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> | Tuberculosis <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>DECLARACIÓN DEL CANDIDATO: Certifica que todo lo declarado y respondido en este formulario de reconocimiento constituye toda la verdad a mi leal saber y entender.</p> <p>Firma del Candidato: _____ Fecha: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

PARTE IV .B - Cont.

[Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, Incluso análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.) a no ser que se pidan. ESTA PÁGINA DEBERÁ LLENARLA EL MÉDICO QUE EFECTUE EL RECONOCIMIENTO.]

| | | | | | | |
|--|------|-------------|----------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------|
| Estatura | Peso | Complejión: | Delgado <input type="checkbox"/> | Normal <input type="checkbox"/> | Lleno <input type="checkbox"/> | Obeso <input type="checkbox"/> |
| | | Normal | Anormal | | Normal | Anormal |
| Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo | | | | Sistema vascular | | |
| Nariz | | | | Abdomen y visceras (incluso hernia) | | |
| Senos paranasales | | | | Ano y recto(hemorroides, fistulas, próstata) | | |
| Boca y garganta | | | | Sistema endocrino | | |
| Oídos en general(canales interno y externo) | | | | Sistema génito urinario | | |
| Tímpanos (perforación) | | | | Extremidades superiores e inferiores(fuerza amplitud de movimiento) | | |
| Ojos en general | | | | Columna vertebral y otras condiciones musculoesqueléticas | | |
| Examen oftalmoscópico | | | | Señales corporales, cicatrices y tatuajes | | |
| Pupilas (diámetro, igualdad y reacción) | | | | Piel y sistema linfático | | |
| Motilidad Ocular (movimiento paralelo asociado nistagmo) | | | | Examen urológico (reflejos tendinosos, sentido del equilibrio, coordinación, etc.) | | |
| Pulmones y tórax (incluso los senos) | | | | Examen siquiátrico (Indíquese cualquier alteración de la personalidad) | | |
| Corazón (impulso apical, ritmo, tonos) | | | | Examen general de los sistemas | | |

| | | | | | | |
|------------------|------------|-----------|--|--|--|--|
| Presión Arterial | Sistólica | | | | | Agudeza Visual lejana: |
| | | Sentado | | | | Ojo derecho: 20/ Corregida a 20/ |
| | Diástolica | | | | | Ojo izquierdo 20/ Corregida a 20/ |
| | Sistólica | | | | | Ambos ojos: 20/ Corregido a 20/ |
| | | Reclinado | | | | Agudeza visual cercana Valor de la tabla N |
| | Diástolica | | | | | Agudeza visual intermedia Valor de la tabla N: |
| | | | | | | |
| Pulso sentado | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ANÁLISIS DE LABORATORIO

| | | | |
|-------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| Análisis de orina | Azúcar | Albumia | Análisis de sangre: |
| | Análisis Microscópico | | Hemoglobina |
| FCG | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Anormal | Índice de heritrosedimentación |
| | | | Radiografía del tórax <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal |

Resumen (Anormalidades encontradas, observaciones y recomendaciones)

El candidato está/no está * físicamente capacitado para las labores de tripulante/control de tránsito aéreo.*

DECLARACIÓN DEL MEDICO QUE HA EFECTUADO EL RECONOCIMIENTO

Certifico que he reconocido personalmente al aspirante nombrado en el presente informe de reconocimiento médico y que dicho informe, junto con sus anexos revelan fielmente los resultados del examen.

| | |
|-------------------------|--|
| Fecha y lugar de examen | Firma del médico de aviación que ha Practicado el examen |
|-------------------------|--|

NOTA El reconocimiento anterior ha sido practicado de acuerdo con las disposiciones detalladas del anexo 1 de la OACI, Capítulo 6 – *Licencias al personal*

*Táchese lo que corresponda