**ATTACHMENT/ADJUNTO B**

|  |
| --- |
| **NAM/CAR/SAM Search and Rescue (SAR) Implementation and Civil-military Coordination Meeting****Reunión de implementación de Búsqueda y Salvamento (SAR) y Coordinación cívico-militar NAM/CAR/SAM** |
| **(SAR MTG)** |
| Port-of-Spain, Trinidad and Tobago, 25-28 October 2016 / Puerto España, Trinidad y Tabago, 25-28 de octubre de 2016 |
|  |

**REGISTRATION FORM / FORMULARIO DE REGISTRO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Position in your Delegation:***(Please select one option)***Posición dentro de su Delegación:***(Por favor seleccione una opción)* | **Chief Delegate /** **Jefe de la Delegación** |  | **Delegate / Delegado** |  |
| **Adviser / Asesor** |  | **Observer / Observador** |  |
| **2.** | **Country / Organization****País / Organización** |  |
| **3.** | **Salutation / Encabezamiento** | **Mr. / Sr.** |  | **Mrs. / Sra.** |  | **Miss / Srta.** |  |
| **4.** | **Name / Nombre** |  |
| **5.** | **Official Position or Title /** **Cargo o Título Oficial** |  |
| **6.** | **Official Telephone / Teléfono oficial** |  |
| **7.** | **Mobile (to contact you in case of an emergency)****Celular (para contactarle en caso de emergencia)** |  |
| **8.** | **Official E-mail / Correo-e oficial** |  |
| **9.** | **Hotel and address where you will be staying during the event (for hotel-venue-hotel transportation services)/****Hotel y dirección donde se estará hospedando durante el evento (para efectos de transporte hotel-sede-hotel)** |  |
| **10.** | **Flight itinerary/Itinerario de vuelo** |  |
| **11.** | **Please indicate if accompanied by your family****Por favor indique si lo acompaña su familia** | Yes / Sí |  | # |  |
| **12.** | **Dates of total stay in the venue Country** **Fechas de estancia total en el País del evento** |  |
| **13.** | **Please indicate if you have any medical condition or allergies / Por favor indique si usted tiene alguna condición médica o alergias** |  |
| **14.** | **Emergency contact information in your country of origin / Información de contacto para emergencias en su país de origen**  | **Name****Nombre** |  |
| **Relationship****Relación** |  |
| **Telephone** **Teléfono** |  |

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

***E-mail****:* icaonacc@icao.int; *and* hdass@caa.gov.tt