|  |
| --- |
| **Automatic Dependent Surveillance – Broadcast OUT Implementation Meeting for the NAM/CAR Regions****Reunión de implementación de la Vigilancia dependiente automática – emisión para las regiones NAM/CAR** |
| **(ADS-B/OUT/M)** |
| Ottawa, Canada, 21-23 August 2019 / Ottawa, Canadá, del 21 al 23 de agosto de 2019 |
|  |

**APPENDIX C / APÉNDICE C**

**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** | [ ]  |
| **Speaker / Conferencista** | [ ]  | **Moderator / Moderador** | [ ]  |
| **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 / Hotel y dirección donde se estará hospedando durante el evento** |       |
| **10.** | **Please indicate if accompanied by your family****Por favor indique si lo acompaña su familia** | Yes / Sí |       | # |       |
| **11.** | **Dates of total stay in the venue Country** **Fechas de estancia total en el País del evento** |       |
| **12.** | **Please indicate if you have any medical condition or allergies / Por favor indique si usted tiene alguna condición médica o alergias** |       |
| **13.** | **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