

FORMULARIO DE EVALUACION PSICOFISIOLOGICA PARA OPERACIÓN DE VNRT

En virtud de los requerimientos en la Resolución 527/2015, "REGLAMENTO PROVISIONAL DE LOS VEHICULOS AEREOS NO TRIPULADOS", CAPITULO V.- MIEMBROS DE LA TRIPULACION REMOTA. ARTICULO32, inciso 2, los aspirantes a utilizar un VANT.

DATOS PERSONALES DEL INTERESADO

NOMBRE/S: _____ **APELLIDO/S:** _____
EDAD: _____ **DNI:** _____ **NACIONALIDAD:** _____
DIRECCION: _____ **COD POSTAL:** _____
LOCALIDAD: _____ **PROVINCIA:** _____ **PAIS:** _____

A. POSEE CERTIFICACION MEDICA AERONAUTICA SI..... NO.....
(En caso de respuesta afirmativa adjuntar original y copia, en caso de respuesta negativa pasar a ítem B)

La información a consignar a continuación, deberá ser completada por profesionales médicos pertenecientes a Hospitales Públicos de la República Argentina.

B. Evaluación de aptitud Psíquica APTO..... NO APTO.....FIRMA Y SELLO.....
C. Evaluación de motricidad fina APTO..... NO APTO.....FIRMA Y SELLO.....
D. Evaluación de agudeza visual APTO.....NO APTO.....FIRMA Y SELLO.....
Si requiere corrección óptica, consignar graduación Ol.....OD.....
E. Evaluación auditiva APTO.....NO APTO.....FIRMA Y SELLO.....
F. Evaluación física APTO.....NO APTO.....FIRMA Y SELLO.....

SELLOS DEL HOSPITAL PUBLICO

FIRMA, ACLARACION, DNI DEL INTERESADO

.....

.....