

|  |
| --- |
| **Seminario/Taller sobre Seguridad Operacional de la Aviación y**  **al Evento Científico de Medicina Aeronáutica** |
| La Habana, Cuba, 8 al 9 de abril de 2015 |
|  |

**FORMULARIO DE REGISTRO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Posición dentro de su Delegación:**  *(Por favor seleccione una opción)* | **Jefe de la Delegación** | | | |  | | | **Delegado** | | | | |  |
| **Asesor** | | | |  | | | **Observador** | | | | |  |
| **Conferencista** | | | |  | | | **Moderador** | | | | |  |
| **2.** | **País / Organización** | |  | | | | | | | | | | | |
| **3.** | **Encabezamiento** | | **Sr.** |  | | | | **Sra.** | |  | | **Srta.** |  | |
| **4.** | **Nombre** | |  | | | | | | | | | | | |
| **5.** | **Cargo o Título Oficial** | |  | | | | | | | | | | | |
| **6.** | **Teléfono oficial** | |  | | | | | | | | | | | |
| **7.** | **Celular (para contactarle en caso de emergencia)** | |  | | | | | | | | | | | |
| **8.** | **Correo-e oficial** | |  | | | | | | | | | | | |
| **9.** | **Hotel y dirección donde se estará hospedando durante el evento** | |  | | | | | | | | | | | |
| **10.** | **Por favor indique si lo acompaña su familia** | | Yes / Sí | |  | | | | | # |  | | | |
| **11.** | **Fechas de estancia total en el País del evento** | |  | | | | | | | | | | | |
| **12.** | **Por favor indique si usted tiene alguna condición médica o alergias** | |  | | | | | | | | | | | |
| **13.** | **Información de contacto para emergencias en su país de origen** | | **Nombre** | | | |  | | | | | | | |
| **Relación** | | | |  | | | | | | | |
| **Teléfono** | | | |  | | | | | | | |

*Por favor envíe este formulario a:*

*E-mail:* [icaonacc@icao.int](mailto:icaonacc@icao.int)