|  |
| --- |
| **ICAO Cabin Safety Workshops: Cabin Crew Competency-based Training and the Investigation of Cabin Safety Aspects in Accidents and Incidents****Talleres de la OACI de Seguridad Operacional para Tripulantes de Cabina: Instrucción para Tripulantes de Cabina basado en competencias e Investigación de los aspectos de seguridad operacional en cabina en los accidentes e incidentes.** |
| Port of Spain, Trinidad and Tobago, from 8 to 11 November 2016 / Puerto España, Trinidad y Tabago, del 8 al 11 de noviembre de 2016 |

**ATTACHMENT / ADJUNTO C**

**REGISTRATION FORM / FORMULARIO DE REGISTRO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **I will attend…****(please mark box)** | * Cabin Crew Competency-based Training workshop
* Investigation of Cabin Safety Aspects in Accidents & Incidents workshop
* Both workshops
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 / 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