



ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL DIRECCIÓN DE COOPERACIÓN TÉCNICA

GUÍA PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

(El originador debe desechar esta hoja antes de enviar el formulario adjunto de candidatura para una beca a la oficina regional o local del PNUD, para que lo transmita a la OACI)

Es de interés para los Gobiernos asegurarse que el formulario de candidatura adjunto se llene completamente respecto a cada candidato, *en un original y dos copias*. Todo formulario de candidatura debe presentarse al Representante Residente local del PNUD, quien enviará tres copias al correspondiente Representante Regional de la OACI. Los formularios de candidatura debieran recibirse en la Oficina Regional de la OACI por lo menos *dos meses* antes de la fecha de inicio de los cursos propuestos.

PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

Sírvase notar lo siguiente:

En el *párrafo 1* debe indicarse el campo de formación profesional *principal*, tal como se especifica en la SECCIÓN I – LISTA DE CURSOS DE INSTRUCCIÓN de la GUÍA DE LA OACI SOBRE INSTRUCCIÓN.

En el *párrafo 2* deben darse detalles específicos de los países y centros de instrucción donde se ofrecen los cursos, así como de los cursos mismos. Por ejemplo, se debe decir: Control de tránsito aéreo – control de aproximación y de aeródromo, procedimientos; Mantenimiento de aeronaves – célula y sistemas motopropulsores del Boeing 737, en lugar de frases de carácter general tales como ATC, mantenimiento de aeronaves, etc.

En el *párrafo 4* deben expresarse en forma concisa y exacta los objetivos perseguidos con la beca.

PARTE II – ANTECEDENTES DEL CANDIDATO

Los datos sobre la instrucción técnica y/o especializada recibida son indispensables para la formulación del programa de la beca para indicar qué cursos preliminares/básicos o avanzados habría que agregar/eliminar para lograr los mejores resultados. Los datos sobre empleo constituyen asimismo un elemento esencial para la formulación del programa, dado que ayudan a determinar el tipo y el nivel de la instrucción solicitada.

PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS

A menos que el candidato haya recibido su educación, especialmente media y/o preuniversitaria, en el idioma en que se dicta el curso en el país propuesto, es fundamental que pase con éxito un examen previo del idioma de que se trate, en una escuela de idiomas acreditada o ante la Embajada/Consulado local del país que ofrece el curso, para garantizar que el candidato comprenda, lea, escriba y sepa expresarse en el idioma en cuestión con suficiente fluidez para poder recibir instrucción en ese idioma.

Sírvase consultar la información adicional que aparece al reverso

PARTE IV-A y PARTE IV-B – INFORMES MÉDICOS

Es fundamental que el candidato goce de buena salud y que no tenga enfermedad alguna que pueda requerir más reconocimientos y/o tratamientos médicos durante el período de la beca. La OACI y el PNUD no sufragarán ningún gasto médico en el que haya incurrido un becario a causa de enfermedades que hubiera contraído con anterioridad a la fecha de iniciación de la beca. Dichos gastos debe sufragarlos el becario y/o su Gobierno. Todo candidato a una beca debe ser reconocido por un médico recomendado por la Oficina local del PNUD. Si los miembros de la tripulación de vuelo y controladores de tránsito aéreo van a seguir algún curso para conseguir una licencia, deben someterse a un reconocimiento médico completo (Parte IV-B) tal como prevé el Párrafo 6.6, Capítulo 6 del Anexo 1 de la OACI. Todos los demás candidatos deben someterse a un reconocimiento físico general, incluyendo una radiografía del tórax (Parte IV-A).



ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

NOTA: Es necesario llenar cada una de las partes del formulario a máquina o con letras de imprenta.

Una vez debidamente llenado se enviará a la OACI por triplicado, por intermedio de la oficina del Representante Residente del PNUD en el país interesado, con dos meses de anticipación, como mínimo, a la fecha de inicio del programa propuesto. El Representante Residente lo enviará, a su vez, por triplicado al correspondiente Representante Regional de la OACI.

PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

El Gobierno de _____

1. Presenta la candidatura del/de la: Sr./Sra./Srta.* _____
(apellidos) (nombres)

para recibir una beca de la OACI en la esfera de _____
(Identifíquese el campo de formación profesional principal de acuerdo con la *Guía de la OACI sobre instrucción*, Sección I - *Lista de cursos de instrucción*.)

2. Solicita la beca para el programa de instrucción siguiente:

(Enumérense por orden cronológico las distintas fases de instrucción o de estudio previstas especificando si el nivel es ab initio, avanzado, de repaso, de especialización adicional, gira de familiarización, instrucción en el empleo, etc. Si el espacio no es suficiente, adiciónese una hoja del mismo formato.)

País(es) donde se ofrece(n) el(los) curso(s)	Institución(es) docente(s) (empresas/organismos)	Cursos específicos	Período		Duración (en semanas)
			del	al	

Duración total

NOTA: El programa final de la beca será preparado por la OACI en consulta con los países o instituciones donde se ofrezcan los cursos, según sea el caso. Dicho programa podrá diferir del solicitado en cuanto a los detalles, especialmente en lo que se refiere a la duración de la instrucción y a la selección de los países donde se ofrecen los cursos. Sin embargo, siempre que sea posible, la OACI respetará los objetivos del programa de instrucción solicitado.

*Táchese lo que no corresponda

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE I – Cont.

3. Solicita que la beca sea financiada en virtud del programa de cooperación técnica siguiente:
(Señálese la casilla correspondiente e insértese el número del proyecto)

- | | | | |
|--------------------------|---|----------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Programa nacional bajo el PNUD | Proyecto Núm.: _____ | Puesto Núm.: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Programa regional del PNUD | Proyecto Núm.: _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Programa interregional del PNUD | Proyecto Núm.: _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Acuerdo de fondos en fideicomiso concertado con la OACI | Proyecto Núm.: _____ | |

4. Declara que los objetivos de esta beca son los siguientes:

5. Conviene en que con respecto al transporte de ida y vuelta del candidato al país o a los países donde se ofrezcan los cursos.

- ☐ Se hará cargo de los gastos.
☐ No se hará cargo de los gastos.

6. Certifica que:

- a) El candidato está obligado a regresar a su país al completar el programa de su beca, para ser asignado a desempeñar funciones en la aviación civil por un período mínimo de ____ años.
- b) La ausencia del candidato con motivo de la beca no influirá en forma desfavorable en la jerarquía, derechos, sueldo o antigüedad correspondiente a su empleo.
- c) Se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y el candidato está capacitado para seguir el programa de instrucción propuesto.
- d) El candidato tendrá un pasaporte válido que no expire antes de la fecha de terminación de la beca.

Firma de la Autoridad de Aviación Civil

Fecha: _____

Nombre: _____
(escrito a máquina o con letras de imprenta)

Título: _____
(colóquese el sello o timbre oficial)

OBSERVACIONES DEL DIRECTOR DEL PROYECTO O JEFE DE LA MISIÓN DE LA OACI

Certifico que se han llenado debidamente todas las secciones de este formulario de candidatura y que el candidato está capacitado para seguir el programa de instrucción propuesto.

Fecha: _____

Firma

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

PARTE II - ANTECEDENTES DEL CANDIDATO

1. Nombre:	2. Estado civil:	3. Fecha de nacimiento:		
4. Domicilio (para la correspondencia): <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> Teléfono Correo-e 				
5. Nombre y dirección de la persona a quien deberá notificarse en caso de emergencia (aparte de las autoridades estatales): <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> Teléfono Correo-e 				
6. Idiomas que conoce: a) Idioma materno b) Idioma(s) utilizado(s) en sus estudios primarios y secundarios c) Otro(s) idioma(s) del cual (de los cuales) el candidato tiene un conocimiento práctico d) Idioma(s) que se utilizará(n) durante el programa propuesto para la beca 				
7. Estudios primarios y secundarios:				
Nombre, ciudad y país de la institución	Período del al	Curso terminado y certificado obtenido		
8. Instrucción superior y universitaria:				
(Si ha terminado Ud. ciertos estudios con un diploma o título indique en la columna de "asignaturas cursadas" únicamente las principales. En caso contrario, indíquense todas las asignaturas estudiadas.)				
Nombre de la escuela superior o universidad	Asignaturas cursadas	Período del al Título o diploma obtenido		
9. Instrucción técnica y de especialista:				
(Procédase al igual que con el apartado 8. Enumere y precise toda instrucción anterior que haya recibido mediante becas de estudios o de ampliación de estudios de la OACI)				
Nombre y lugar de la institución docente	Asignaturas cursadas	Período del al	Duración (semanas)	Diploma o certificado obtenido

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

PARTE II – Cont.

10. Empleos

(Indíquense los cargos ejercidos en los últimos cinco años, y/o los dos últimos cargos ejercidos)

Empleador (nombre de la empresa u organismo)	Último cargo ejercido	Período		Funciones
		del	al	

11. Declaración del candidato:

- i) No consideraré que la beca de la OACI me ha sido otorgada ni emprenderé ningún viaje hasta que reciba una notificación e instrucciones por escrito de la OACI al respecto.
- ii) En el caso de que se me otorgue la beca, por la presente me comprometo a:
 - a) comportarme en todo momento en forma compatible con mi condición de becario de la OACI;
 - b) dedicarme todo el tiempo, durante el período de la beca, a cumplir el programa de estudios en la forma que ordenen la OACI y el organismo correspondiente en el país de los estudios;
 - c) abstenerme de realizar actividades políticas, comerciales o de otra índole, perjudiciales para el país en el que estudie;
 - d) presentar los informes que me pida la OACI y cumplir todas las instrucciones que reciba de dicha Organización; y
 - e) regresar a mi país al término de los estudios previstos en la beca y emplear los nuevos conocimientos adquiridos en el fomento de la aviación civil en mi país.

Certifico que a mi leal saber y entender toda la información proporcionada es verdadera en todos los sentidos.

Fecha: _____

Firma del candidato

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

Formulario 602
(Rev. 8/10)
Página 5 de 8

PARTE III – EXAMEN DE IDIOMAS

Nota: Se exige este examen solamente si el idioma que se empleará durante el programa propuesto para la beca es distinto del idioma materno del candidato o del que utilizó en las escuelas primaria y secundaria, en que adquirió su instrucción básica (véase PARTE II – Inciso 6). El examen debería efectuarse en una escuela de idiomas, en una universidad o en la institución que designe la OACI para satisfacer los requisitos del país invitante. A este respecto debería consultarse la oficina del Representante Residente del PNUD o de la misión de cooperación técnica de la OACI.

Nombre de la institución encargada de realizar el examen: _____

Nombre del candidato: Sr./Sra./Srta.*: _____

Idioma en el cual deberá pasar el examen: _____

RESULTADOS

(Señálese lo que corresponda)

1. Comprensión:

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Lo comprende sin dificultad cuando se le habla con rapidez normal. | <input type="checkbox"/> |
| b) Lo comprende casi todo a rapidez normal, aunque a veces es necesario repetírselo. | <input type="checkbox"/> |
| c) Lo comprende casi todo si se le habla lentamente y con buena dicción. | <input type="checkbox"/> |
| d) Es necesario repetirle o traducirle palabras y frases. | <input type="checkbox"/> |
| e) No comprende siquiera la conversación más elemental. | <input type="checkbox"/> |

2. Expresión:

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Lo habla perfectamente, con precisión y se le entiende fácilmente. | <input type="checkbox"/> |
| b) A veces comete errores que no dificultan, sin embargo, la comprensión. | <input type="checkbox"/> |
| c) Se equivoca con frecuencia y a veces se expresa confusamente. | <input type="checkbox"/> |
| d) Habla con tanta dificultad que es difícil entenderle. | <input type="checkbox"/> |
| e) Comete errores tan importantes al hablar que es prácticamente imposible entenderle. | <input type="checkbox"/> |

3. Lectura:

- | | |
|--|--------------------------|
| a) Lee y entiende perfectamente. | <input type="checkbox"/> |
| b) Lee lentamente, pero lo entiende casi todo. | <input type="checkbox"/> |
| c) Lee con dificultad y tiene que consultar a menudo el diccionario. | <input type="checkbox"/> |
| d) No entiende lo que lee. | <input type="checkbox"/> |

4. Escritura:

- | | |
|---|--------------------------|
| a) Escribe fácilmente y con precisión. | <input type="checkbox"/> |
| b) Escribe con algunas faltas, pero se le puede entender. | <input type="checkbox"/> |
| c) Escribe con dificultad y se equivoca con frecuencia. | <input type="checkbox"/> |
| d) No sabe escribirlo. | <input type="checkbox"/> |

CONCLUSIONES

¿Podría el candidato seguir un curso técnico en dicho idioma?

☐ Sí

☐ No

Fecha : _____

Firma del examinador

Nombre: _____
(a máquina o con letras de imprenta)

(colóquese el sello o timbre oficial)

*Táchese lo que no corresponda

Fotografía del
candidato

(deberá pegarse
antes
del examen)

**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA**

PARTE IV - A – INFORME MÉDICO

Notas:

1. Los tripulantes y los controladores de tránsito aéreo que vayan a seguir cursos para conseguir alguna licencia de acuerdo con el Anexo 1, deben usar la Parte IV-B del formulario.
2. Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, con inclusión de análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse los documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.), a no ser que se pidan.

El que suscribe, Dr. _____ después de haber completado el examen clínico
del/de la: Sr./Sra./Srta.* _____ cuya fotografía aparece en esta página,
certifica lo siguiente:

(Señálese lo que
corresponda)

El candidato:

1. ¿Está en condiciones físicas de viajar al extranjero? _____
2. ¿Está, física y mentalmente, en condiciones de realizar un estudio intensivo? _____
3. ¿Está libre de cualquier enfermedad contagiosa? _____
4. ¿Es bueno su oído? _____
5. ¿Es buena su vista? _____
6. ¿Está libre de enfermedades que requerirían tratamientos o reconocimientos médicos periódicos durante la duración propuesta del programa de la beca? _____

Sí	No

Otras observaciones del médico:

Fecha: _____

Firma del médico

Colóquese el sello o timbre oficial
(también sobre la fotografía)

*Táchese lo que no corresponda

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

PARTE IV - B – INFORME MÉDICO PARA LOS MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN Y CONTROLADORES DE TRÁNSITO AÉREO QUE VAYAN A SEGUIR CURSOS PARA CONSEGUIR ALGUNA LICENCIA DE ACUERDO CON EL ANEXO 1 DE LA OACI ESTA PÁGINA DEBERÁ LLENARLA EL CANDIDATO					
Lugar y fecha del examen					
Nombres y apellidos		Nacionalidad		Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento			Estado civil		
Trata de obtener una licencia:		De otro tipo:			
Inicial <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> ATCO <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/>					
¿Ha sido usted sometido anteriormente a reconocimiento médico para ejercer de tripulante o algún cargo de control de tránsito aéreo?				Sí <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo? No <input type="checkbox"/> Fue declarado: Apto <input type="checkbox"/> No apto <input type="checkbox"/>	
¿Se le ha expedido a Ud. alguna vez una dispensa médica?				Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Horas de vuelo:		Total Últimos seis meses:			
Tipo de aeronave en que presta actualmente sus servicios		Reactor <input type="checkbox"/>		De motor alternativo <input type="checkbox"/> Helicóptero <input type="checkbox"/>	
¿Ha sufrido Ud. algún accidente de aviación?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, dé los detalles pertinentes en el apartado de "Observaciones".	
ANTECEDENTES MÉDICOS ¿Ha experimentado alguna vez o experimenta actualmente, algunos de los casos siguientes?: (con respecto a las respuestas afirmativas, dense detalles en el apartado de Observaciones)					
	Sí	No		Sí	No
Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Trastornos nerviosos de cualquier clase		
Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes		
Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas		
Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas			Intento de suicidio		
Fiebre del heno			Mareo debido al movimiento		
Asma			Rechazado para un seguro de vida		
Trastornos cardiacos			Hospitalizado en los últimos dos años		
Presión arterial alta o baja			Condenas por delitos automovilísticos		
Problemas estomacales			Condenas por otros conceptos		
Cálculos en el riñón o sangre en la orina			Condiciones ginecológicas y obstétricas		
Azúcar o albúmina en la orina			Otras enfermedades		
Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. gozar de buena salud física y mental?		
¿Hay algún antecedente familiar de:		Diabetes <input type="checkbox"/>		Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> ?	
OBSERVACIONES					
DECLARACIÓN DEL CANDIDATO: Certifico que todo lo declarado y respondido en este formulario de reconocimiento constituye toda la verdad a mi leal saber y entender.					
Firma del candidato: _____			Fecha: _____		

ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

PARTE IV - B - Cont.

Todo candidato deberá someterse a un reconocimiento médico completo, incluso análisis de laboratorio y radiografía del tórax, efectuado por un médico autorizado para el ejercicio de la profesión. No deberán enviarse documentos médicos (análisis de laboratorio, resultados de la radiografía, etc.) a no ser que se pidan. ESTA PÁGINA DEBERÁ LLENARLA EL MÉDICO QUE EFECTÚE EL RECONOCIMIENTO

Estatura Peso Compleción: Delgado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lleno <input type="checkbox"/> Obeso <input type="checkbox"/>																			
		Normal		Anormal				Normal		Anormal									
Cabeza, cara, cuello y cuero cabelludo								Sistema vascular											
Nariz								Abdomen y vísceras (incluso hernia)											
Senos paranasales								Ano y recto (hemorroides, fístulas, próstata)											
Boca y garganta								Sistema endocrino											
Oídos en general (canales interno y externo)								Sistema génito-urinario											
Tímpanos (perforación)								Extremidades superiores e inferiores (fuerza, amplitud de movimientos)											
Ojos en general								Columna vertebral y otras condiciones músculo-esqueléticas											
Examen oftalmoscópico								Señales corporales, cicatrices y tatuajes											
Pupilas (diámetro, igualdad y reacción)								Piel y sistema linfático											
Motilidad ocular (movimiento paralelo asociado, nistagmo)								Examen neurológico (reflejos tendinosos, sentido del equilibrio, coordinación, etc.)											
Pulmones y tórax (incluso los senos)								Examen siquiátrico (indíquese cualquier alteración de la personalidad)											
Corazón (impulso apical, ritmo, tonos)								Examen general de los sistemas											
Presión arterial Sistólica Diastólica } sentado Sistólica Diastólica } reclinado		 		Agudeza visual lejana: Ojo derecho: 20/ Corregida a 20/ Ojo izquierdo: 20/ Corregida a 20/ Ambos ojos: 20/ Corregida a 20/															
				Agudeza visual cercana Valor de la tabla N: Agudeza visual intermedia Valor de la tabla N:															
Pulso sentado																			
Conversación		Murmullo		Audiometría						Normal		Anormal							
Oído				500 1000 2000 3000															
Oído derecho		pies pies		Pérdida en dB				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
Oído izquierdo		pies pies		Pérdida en dB				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
ANÁLISIS DE LABORATORIO																			
Análisis de orina:				Azúcar				Albúmina				Análisis de sangre:				Hemoglobina			
				Análisis microscópico								Índice de heritrosedimentación							
ECG				<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal				Radiografía del tórax				<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal							
Resumen (Anormalidades encontradas, observaciones y recomendaciones)																			
El candidato está/no está * físicamente capacitado para las labores de tripulante/control de tránsito aéreo.* DECLARACIÓN DEL MÉDICO QUE HA EFECTUADO EL RECONOCIMIENTO Certifico que he reconocido personalmente al aspirante nombrado en el presente informe de reconocimiento médico y que dicho informe, junto con sus anexos, revelan fielmente los resultados del examen.																			
Fecha y lugar del examen								Firma del médico de aviación que ha practicado el examen											
NOTA: El reconocimiento anterior ha sido practicado de acuerdo con las disposiciones detalladas del Capítulo 6 del Anexo 1 de la OACI – <i>Licencias al personal</i>																			
_____ *Táchese lo que no corresponda																			