



International
Civil Aviation
Organization

Organisation
de l'aviation civile
internationale

Organización
de Aviación Civil
Internacional

Международная
организация
гражданской
авиации

منظمة الطيران
المدني الدولي

国际民用
航空组织

LN 3/24.1 - SA5641
LT 2/6B.69 - SA452

Lima, 21 de agosto de 2015

Para: Dr. Alejandro Agustín Granados, Administrador Nacional, ANAC, Argentina
Gral. Brig. Ae. Edgar Pereyra Quiroga, Director Ejecutivo (a.i.), DGAC, Estado Plurinacional de Bolivia
Sr. Marcelo Pacheco dos Guaranys, Director-Presidente, ANAC, Brasil
Ten. Brig. do Ar Carlos Vuyk de Aquino, Director General del DECEA y Presidente CERNAI, Brasil
General de Aviación Maximiliano R. Larraechea, Director General, DGAC, Chile
Dr. Gustavo Alberto Lenis Steffens, Director General UAEAC, Colombia
Capt. Roberto Yerovi de la Calle, Director General, DGAC, Ecuador
Ing. Alfredo Fonseca Mora, Director General de la AAC, República de Panamá
Dr. Luis Manuel Aguirre, Presidente de la DINAC, Paraguay
Dr. Juan Carlos Pavic Moreno, Director General, DGAC, Perú
Brig. Gral. (Av.) Antonio Alarcón, Director Nacional, DINACIA, Uruguay
Cap. Jorge Luis Montenegro Carrillo, Presidente del INAC, República Bolivariana de Venezuela

Asunto: **RLA/06/901 – Séptima Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región SAM - SAM ATSRO/7**
(Lima, Perú, del 12 al 16 de octubre de 2015)

Tramitación: Tomar nota y nominar participantes. Favor confirmar participación **antes del 22 de septiembre de 2015**

Distinguido señor:

Tengo el honor de dirigirle la presente para invitar a su Administración a participar en la Séptima Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región SAM (SAM ATSRO/7), a celebrarse en esta Oficina Regional en Lima, Perú, del 12 al 16 de octubre de 2015, contando con el auspicio del Proyecto Regional RLA/06/901 “Asistencia para la implantación de un sistema regional de ATM considerando el concepto operacional de ATM y el soporte de tecnología en comunicaciones, navegación y vigilancia (CNS)”.

Esta reunión es para actividades de implantación de la Versión 03 de la Red de Rutas SAM con respecto a rutas de la etapa 1 que están pendientes y de la etapa 2 que están planificadas. Los expertos designados por su Administración deben utilizar el **Master de Rutas** adjunto en formato Excel, para identificar:

- a) las optimizaciones de ruta a implantar;
- b) los beneficios en ahorros de combustible en las rutas seleccionadas; y
- c) la reducción de CO₂ que se logra utilizando la herramienta IFSET de la OACI.

Asimismo, en caso que su Administración identifique alguna ruta que pueda optimizarse generando importantes ahorros de combustible, también puede ser presentada a la Reunión para una implantación temprana.

Se requiere que los delegados sean expertos, planificadores y/o especialistas de Gestión del Tránsito Aéreo (ATM) de las Administraciones de Aviación Civil y/o proveedores de servicios ATS, directamente involucrados en el diseño y optimización del espacio aéreo en Rutas, SID y STAR RNAV dentro del concepto PBN y con la autoridad para tomar decisiones sobre la optimización del espacio aéreo durante la Reunión.

La descripción de la Reunión se incluye como **Adjunto A**. Le remito asimismo información general relativa al evento (**Adjunto B**). La agenda tentativa a ser tratada durante la reunión, notas explicativas y horario pertinente serán enviados oportunamente.

De conformidad con lo expuesto, me es grato invitar a su Administración a designar a los expertos que participarán en esta Reunión, remitiendo, de ser el caso, el formulario de registro correspondiente (**Adjunto C**) debidamente completado para cada participante, por correo electrónico (icaosam@icao.int) o por fax (+511 611 8689), hasta a más tardar el **22 de septiembre de 2015**.

El desarrollo de este evento es posible gracias al aporte de su Estado al Proyecto Regional RLA/06/901, teniendo en cuenta que parte de la cuota anual que se ha enviado a la Organización de Aviación Civil Internacional (OACI) cuenta con un rubro establecido para tal fin. Cabe destacar que el Proyecto Regional RLA/06/901 pone a disposición de cada Estado participante del mismo, **dos becas** para la participación de los expertos, planificadores y/o especialistas en gestión de tránsito aéreo, que las Administraciones tengan a bien designar para asistir a esta reunión.

En tal sentido, sírvase considerar que los Estados que desean asistir, pueden hacer uso de las siguientes alternativas de financiamiento:

- a) Becas de un Proyecto Nacional de cooperación técnica de la OACI aprobado para su país;
- b) Becas del Proyecto Regional RLA/06/901, disponiéndose de **dos** para cada Estado participante en este proyecto que no cuente con la alternativa anterior, debiendo la administración interesada proveer los pasajes de ida y vuelta; o
- c) Recursos propios de su administración, en caso de no contar con ninguna de las posibilidades anteriores.

Para los participantes que requieran una beca, se incluye el *Formulario de Candidatura para una Beca* de la OACI (**Adjunto D**) a ser completado y remitido a esta Oficina con la mayor anticipación posible, en todo caso, hasta el **22 de septiembre de 2015**.

Se apreciará tomar nota que la reunión será llevada a cabo en idioma español, con servicios de interpretación simultánea al inglés, únicamente en caso se reciban en esta Oficina Regional las confirmaciones de participación de delegados de Estados en este idioma hasta el 22 de septiembre de 2015. La documentación respectiva estará publicada oportunamente en la Página web de la Oficina Regional SAM de la OACI: http://www.icao.int/SAM/Pages/ES/meetings_ES.aspx. No se tiene previsto distribuir documentación durante el desarrollo del evento.

Los señores Roberto Arca Jaurena, Oficial Regional ANS & SFTY (rarca@icao.int) y Jorge Fernández Demarco (jfernandezd@icao.int), Consultor ATM/SAR de la Oficina Sudamericana de la OACI, están a su disposición en caso de requerir alguna información adicional sobre esta reunión.

Acepte, distinguido señor, el testimonio de mi mayor consideración y estima.



Franklin Hoyer
Director Regional
Oficina Sudamericana de la OACI
Lima

Adjunto

Lo indicado

cc: Brig. José Alberto Palermo, Director General de Control de Tránsito Aéreo, Argentina
Dra. Gabriela Logatto, Directora Nacional de Inspección de Navegación Aérea, ANAC, Argentina
Dr. Manuel Baladrón, Subsecretario de Transporte Aerocomercial, STA, Argentina
Cnel. Raúl Velasco, Director Ejecutivo Nacional, AASANA, Estado Plurinacional de Bolivia
Sr. Bruno Silva Dalcolmo Superintendente de Relaciones Internacionales, ANAC, Brasil
Sr. Daniel Vieira Soares, Gerente Técnico de Coordinación con Organizaciones Int., GCOI, ANAC, Brasil
Cel. R1 Roberto Tavares Figueiredo, Secretario Ejecutivo de la CERNAI, Brasil
MBrig. R1 Normando Araujo de Medeiros, Asesor DECEA, Brasil
Cel. R1 Ronaldo Ney Telles Belchior Oliveira, Enlace, DECEA, Brasil
Sr. Luis Rossi, Encargado de la Sección RAI, DGAC, Chile
Cnel. Luis Carlos Córdoba, Subdirector General, UAEAC, Colombia
Dra. Ana Isabel Mosquera Dupont, Jefe del Grupo de Proyectos Internacionales, UAEAC, Colombia
Ing. Byron Carrión, Subdirector General de Aviación (e), DGAC, Ecuador
Ing. Henry Stec, Jefe de Misión de la AAC, Panamá
Ing. Alfredo Broce, Unidad de Cooperación Técnica de AAC, Panamá
Lic. Luciana Cairét, Dirección de Relaciones Internacionales, DINAC, Paraguay
Dr. Luis Nuñez Vidal, Coordinador Principal DGAC, Perú
Sr. Juan Meregildo Peralta, Coordinador Suplente DGAC, Perú
Sr. Dhenis Cabrera Garrido, Gerente General (e), CORPAC S.A., Perú
Lic. Laura Lethbridge, Gerente General (E), Oficina Relaciones Internacionales, INAC, República Bolivariana de Venezuela
D/TCB, Montreal
C/FOS/PIU, Montreal



Proyecto	Título del evento				Nomenclatura OACI
RLA/06/901	Séptima Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región SAM (SAM ATSRO/7), a celebrarse en Lima, Perú, del 27 al 30 de octubre de 2014				056 ATC PLN
Duración (días calendario)	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Fecha de cierre de inscripciones	Idioma(s)	Arancel USD
5	12 de octubre de 2015	16 de octubre de 2015	22 de septiembre de 2015	Español / Inglés	---
Horario de clases	Plazas mínimas	Plazas máximas			
08:30 – 15:30	12	40			
Objetivo	Sobre la Versión 03 de la Red de Rutas SAM, identificar las optimizaciones de rutas a implantar, los beneficios en ahorros de combustible en las rutas seleccionadas y la reducción de CO ₂ que se logra utilizando la herramienta IFSET de la OACI.				
A quiénes está dirigido	Dirigido a expertos, planificadores y/o especialistas de Gestión del Tránsito Aéreo (ATM) de las Administraciones de Aviación Civil y/o proveedores de servicios ATS, directamente involucrados en el diseño y optimización del espacio aéreo en Rutas, SID y STAR RNAV dentro del concepto PBN y con la autoridad suficiente para tomar decisiones sobre la optimización del espacio aéreo durante la Reunión.				
Contenido	<p>Revisión de las actividades de implantación de la Versión 03 de la Red de Rutas SAM con respecto a rutas de la etapa 1 que están pendientes y de la etapa 2 que están planificadas. Los expertos deben utilizar el Master de Rutas disponible, en formato Excel, para identificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) las optimizaciones de rutas a implantar; b) los beneficios en ahorros de combustible en las rutas seleccionadas; y c) la reducción de CO₂ que se logra utilizando la herramienta IFSET de la OACI. <p>Asimismo, en caso de identificarse alguna ruta que pueda optimizarse generando importantes ahorros de combustible, esta puede presentarse a la Reunión para una implantación temprana.</p> <p>Finalmente, los Estados participantes de la Reunión que aún no lo han hecho, deben suministrar los puntos de entrada y salida de las principales TMA de sus Estados en la Región SAM.</p>				
	Fecha	Hora	Lugar	Personas de contacto	
	12/10/15	08:30	Oficina Regional Sudamericana de la OACI, sala de reuniones del 4° piso, ubicada en Av. Víctor Andrés Belaúnde 147, Centro Empresarial Real, Vía Principal N° 102, Edificio Real 4, piso 4, San Isidro, Lima 27, Perú.	<p>Sr. Roberto Arca Jaurena, Oficial Regional ANS & SFTY Telf. (511) 611 8686, ext. 106</p> <p>Sr. Jorge Fernández Demarco, Consultor ATM/SAR, Telf. (511) 611 8686, ext. 104</p>	
Hospedaje	Consultar la lista de hoteles sugeridos en la página Web www.icao.int/SAM				

ADJUNTO B



Organización de Aviación Civil Internacional

Oficina Regional Sudamericana

Séptima Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la

Región SAM (SAM ATSRO/7) -Proyecto Regional RLA/06/901

(Lima, Perú, 12 al 16 de octubre de 2015)

SAM ATSRO/7-NI/01

10/08/15

INFORMACIÓN GENERAL

(Presentada por la Secretaría)

1. Lugar y fechas

La Séptima Reunión para la Optimización de la Red de Rutas ATS de la Región SAM (SAM ATSRO/7), se celebrará en las instalaciones de la Oficina Regional Sudamericana (SAM) de la OACI en Lima, Perú, del 12 al 16 de octubre de 2015. En vista que contamos con dos salas de conferencias, se apreciará que, a su llegada a la Oficina Regional, verifique dónde se llevará a cabo el evento – piso 3 ó 4.

2. Coordinadores

Sr. Roberto Arca Jaurena

Oficial Regional SAM ANS & SFTY

Tel: +511 611-8686, anexo 106

E-mail: icaosam@icao.int

rarca@icao.int

Sr. Jorge Fernández Demarco

Asesor ATM /SAR de la Oficina Regional SAM de la OACI

Tel: +511 611-8686, anexo 104

E-mail: icaosam@icao.int

jfernandezd@icao.int

3. Registro de participantes

Los participantes al evento deberán registrarse el lunes, 12 de octubre de 2015 de 08:30 a 09:00 horas, en el lugar de la reunión.

4. Información general

Se puede encontrar en las secciones “*Información General*”, “*Lista de Hoteles*” y “*Clima*” en la página Internet principal de la Oficina Regional SAM de la OACI que se encuentra en la dirección <http://www.icao.int/sam> (panel izquierdo).

5. Enlace para la documentación

La documentación se estará publicando en la página Internet de la Oficina Regional SAM de la OACI, <http://www.icao.int/sam>, *Reuniones*, por lo que los participantes deberían revisar esta página frecuentemente para bajar la documentación. Todos los participantes deben llevar la documentación al lugar de la Reunión (impresa o electrónica en una laptop), ya que no se distribuirán copias impresas.



**ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL
INTERNATIONAL CIVIL AVIATION ORGANIZATION**

RLA/06/901 Regional Project / Proyecto Regional RLA/06/901

**SÉPTIMA REUNIÓN PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA RED DE RUTAS ATS DE LA REGIÓN SAM /
SEVENTH MEETING ON SAM REGION ATS ROUTES NETWORK OPTIMISATION**

(SAM ATSRO/7)

Lima, Perú, 12 al 16 de octubre de 2015/ Lima, Peru, 12 to 16 October 2015

FORMULARIO DE REGISTRO / REGISTRATION FORM

1. Estado/*State*:
Organismo/*Organization*: _____

2. Nombre/*Name*: _____

3. Cargo/*Position*: _____

4. Participa como / *Participates as*:

Miembro/ Alternó/ Delegado/ Observador Ponente/ Instructor/ Alumno/
Member Deputy Delegate Observer / Lecturer Instructor Student

5. Dirección oficial /
Business address: _____

6. Tel.: _____ E-mail: _____

7. Hotel o dirección en
la ciudad/ *Hotel or
local address*: _____

8. Información de vuelo/ *Vuelo llegada/ fecha/ hora/
Flight information: Arrival flight/ date/ hour*: _____
*Vuelo salida/ fecha/ hora/
Departure flight/ date/ hour*: _____

Firma/
Signature: _____ Fecha/
Date: _____



**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.

ADJUNTO D

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)

- Programa nacional bajo el PNUD Proyecto Núm.: _____ Puesto Núm.: _____
- Programa regional del PNUD Proyecto Núm.: _____
- Programa interregional del PNUD Proyecto Núm.: _____
- 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): _____					
Teléfono _____ Correo-e _____					
5. Nombre y dirección de la persona a quien deberá notificarse en caso de emergencia (aparte de las autoridades estatales): _____					
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**

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.
- b) Lo comprende casi todo a rapidez normal, aunque a veces es necesario repetírselo.
- c) Lo comprende casi todo si se le habla lentamente y con buena dicción.
- d) Es necesario repetirle o traducirle palabras y frases.
- e) No comprende siquiera la conversación más elemental.

2. Expresión:

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

3. Lectura:

- a) Lee y entiende perfectamente.
- b) Lee lentamente, pero lo entiende casi todo.
- c) Lee con dificultad y tiene que consultar a menudo el diccionario.
- d) No entiende lo que lee.

4. Escritura:

- a) Escribe fácilmente y con precisión.
- b) Escribe con algunas faltas, pero se le puede entender.
- c) Escribe con dificultad y se equivoca con frecuencia.
- d) No sabe escribirlo.

CONCLUSIONES

¿Podría el candidato seguir un curso técnico en dicho idioma? Sí No

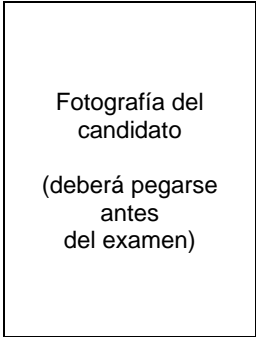
Fecha : _____

Firma del examinador

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

(colóquese el sello o timbre oficial)

*Táchese lo que no corresponda



**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: Inicial <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> De otro tipo:																																																																																			
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"/> No <input type="checkbox"/>																																																																															
En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo?				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".																																																																																
<p>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)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> <th></th> <th>Sí</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor de cabeza frecuente o fuerte</td> <td></td> <td></td> <td>Trastornos nerviosos de cualquier clase</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vértigo o desvanecimiento</td> <td></td> <td></td> <td>Consumo habitual de drogas o estupefacientes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pérdida del conocimiento por cualquier causa</td> <td></td> <td></td> <td>Consumo excesivo de bebidas alcohólicas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trastornos oculares que no hayan exigido el uso de gafas</td> <td></td> <td></td> <td>Intento de suicidio</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fiebre del heno</td> <td></td> <td></td> <td>Mareo debido al movimiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td></td> <td></td> <td>Rechazado para un seguro de vida</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Trastornos cardíacos</td> <td></td> <td></td> <td>Hospitalizado en los últimos dos años</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta o baja</td> <td></td> <td></td> <td>Condenas por delitos automovilísticos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Problemas estomacales</td> <td></td> <td></td> <td>Condenas por otros conceptos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cálculos en el riñón o sangre en la orina</td> <td></td> <td></td> <td>Condiciones ginecológicas y obstétricas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Azúcar o albúmina en la orina</td> <td></td> <td></td> <td>Otras enfermedades</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Epilepsia o ataques</td> <td></td> <td></td> <td>¿Cree Ud. gozar de buena salud física y mental?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							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 cardíacos			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?		
	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 cardíacos			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																																																																																			
<p>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.</p> <p>Firma del candidato: _____ Fecha: _____</p>																																																																																			

ADJUNTO D

**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		Complejión:		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 gérito-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	} sentado				Agudeza visual lejana:			
	Diastólica					Ojo derecho:	20/	Corregida a 20/	
	Sistólica	} reclinado				Ojo izquierdo:	20/	Corregida a 20/	
	Diastólica					Ambos ojos:	20/	Corregida a 20/	
Pulso sentado						Agudeza visual cercana	Valor de la tabla N:		
						Agudeza visual intermedia	Valor de la tabla N:		
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"/>	Agudeza visual en color		
Oído izquierdo	pies	pies	Pérdida en dB	<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>									
<hr/> <p>*Táchese lo que no corresponda</p>									