



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

Al responder haga referencia a:

Ref.: N1-15.4, NS2-35 — **EMX0983**

13 de enero de 2014

Para: Estados y Organizaciones Internacionales

Asunto: **Taller sobre Implantación del Sistema de gestión de la seguridad operacional (SMS) en Aeródromos – Actividad del Proyecto F1 del GREPECAS (Oficina Regional NACC de la OACI, Ciudad de México, México; del 18 al 21 de marzo de 2014)**

Tramitación

Requerida: **a) Registrar su participación antes del 7 de febrero de 2014**
b) Enviar formulario de candidatura de beca antes del 28 de febrero de 2014

Señor:

Tengo el honor de invitar a su Administración/Organización a participar en el “Taller sobre Implantación del Sistema de gestión de la seguridad operacional (SMS) en Aeródromos”, el mismo que forma parte de las actividades del Proyecto F1 del GREPECAS - *Mejoras a la certificación de aeródromos*, que se llevará a cabo en la Oficina Regional NACC de OACI, Ciudad de México, México, del 18 al 21 de marzo del 2014.

El taller está dirigido al personal de la Autoridad de Aviación Civil que tenga la responsabilidad de brindar el marco de referencia para el desarrollo del SMS y del explotador de aeródromo, responsable de la implementación del sistema. Cabe mencionar que como parte del Programa de Seguridad del Estado (SSP), el Estado debería exigir que los explotadores de aeródromos certificados implementen un SMS, por lo que ambas partes se encuentran involucradas en dicho proceso.

Respecto a los objetivos principales, el evento permitirá determinar el estado de implementación del SMS en la Región CAR, proveer a los participantes herramientas necesarias que les permitan identificar los peligros y analizar las consecuencias asociadas a ellos; llevarse al final del evento, un trabajo preliminar y someterlo a su Autoridad de Aviación Civil respectiva, para su aprobación/aceptación. Asimismo, el taller permitirá el intercambio de experiencias entre los participantes en lo que respecta al desarrollo e implementación del SMS, contribuyendo a la seguridad operacional en los aeropuertos de la Región CAR.

El programa preliminar del Taller se encuentra adjunto (**Adjunto A**) a la presente comunicación, donde se tiene tiempo suficiente para el trabajo de los participantes en la elaboración de un SMS preliminar.

... / 2

Mucho le agradeceré la confirmación del (de los) nombre(s) del (de los) delegado(s) que representará(n) a su administración/organización tan pronto como sea posible y a más tardar el **7 de febrero de 2014**, enviando a esta Oficina Regional el Formulario de Registro (**Adjunto B**).

El Taller se conducirá en inglés y español con interpretación simultánea, si se recibe suficiente participación de ambos idiomas de manera oportuna.

La lista de hoteles sugeridos, los mapas de localización de la Oficina Regional NACC de la OACI y Zona de Hoteles, así como otra información de utilidad está disponible en la sección “¿Visitará nuestra oficina?” del sitio web de la Oficina Regional NACC de la OACI (http://www.icao.int/NACC/Pages/ES/visitors_info_ES.aspx). Los participantes deberán realizar sus reservaciones directamente con los hoteles de manera oportuna.

Asimismo, en conformidad con el Plan de actividades para 2013-2016 del Proyecto Regional de Cooperación Técnica para la Región Caribe – *Implementación de los sistemas de navegación aérea basada en la performance en la Región CAR (RLA/09/801)*, tengo el agrado de informarle que este evento está ofreciendo una beca para miembros del Proyecto¹.

Considerando lo anterior, se invita a su Administración a proponer **lo antes posible** un candidato para recibir una **beca**. La beca incluye asignación de subsistencia diaria (DSA) para cubrir alojamiento y viáticos; su Administración deberá proporcionar al candidato el pasaje aéreo de ida y vuelta para la Ciudad de México, México, y asegurarse que posea antes de su salida los documentos necesarios de viaje, vacunas y visa.

Respecto a las becas ofrecidas para los Estados Centroamericanos a través de COCESNA, por favor tomar nota que la decisión del candidato representante deberá realizarse internamente entre su Administración y COCESNA. Posterior a la coordinación, el formulario de nominación para el candidato seleccionado que represente a los Estados Centroamericanos **deberá ser enviado a esta Oficina Regional a través de COCESNA**.

Agradeceré recibir confirmación lo antes posible en caso de que su Administración esté interesada en proponer un candidato para una beca para asistir al Taller sobre Implantación del Sistema de gestión de la seguridad operacional (SMS) en Aeródromos – Actividad del Proyecto F1 del GREPECAS. De ser este el caso, deberá enviar a esta Oficina Regional de la OACI el Formulario de candidatura para una beca (**Adjunto C**), debidamente completado antes del **28 de febrero de 2014**.

Un formulario de beca deberá completarse para cada candidato, se deberán llenar todas las páginas, incluyendo firma y sello de su Administración (página 2), así como la firma del médico que realice el reconocimiento en la parte médica del formulario (página 6). La dirección a la que deberá enviar el formulario de beca es:

... / 3

¹ Los **Estados miembros del Proyecto RLA/09/801** son: Bahamas, Barbados, Cuba, Curazao, Haití, Jamaica, México, los Estados OECS a través de ECCAA (Antigua y Barbuda, Granada, San Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas), República Dominicana, Trinidad y Tabago y los Estados Centroamericanos a través de COCESNA (Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua).

Oficina Regional NACC de la OACI

Sr. Julio Garriga

Especialista Regional de Cooperación Técnica

Sra. Claudia López

Asistente de Cooperación Técnica

icaonacc@icao.int; jgarriga@icao.int; clopez@icao.int;

Si requiere mayor información con relación al Taller, por favor comunicarse con el Sr. Jaime Calderón, Especialista Regional, Aeródromos y Ayudas Terrestres (jcalderon@icao.int), y/o su asistente, la Srita. Ana Valencia (avalencia@icao.int).

Le ruego acepte el testimonio de mi mayor consideración y aprecio.

A digital signature in black ink, overlaid on a blue circular stamp. The stamp contains the ICAO logo and the text 'Firma Digital' on the left and 'Digital Signature' on the right. The stamp also includes the text 'ICAO • OACI • ICAO' at the top and '国际民航组织' at the bottom.

for
Loretta Martín
Directora Regional
Oficina Regional para Norteamérica,
Centroamérica y Caribe (NACC)

Adjunto:

Lo indicado

N:\N - ICAO Regions\N 1- 15.4 - GREPECAS AGA\1403-TallerSMS-NACC\EMX0983AGA-Estados-TallerSMS-Invitacion.docx

Lista de distribución:

Para: Lindsay Garbutt, Belice
Álvaro Vargas Segura, Costa Rica
Alfredo P. Cordero Puig, Cuba
Alirio Serrano Melgar, El Salvador
Roger Menéndez, El Salvador
Jair Alberto Samayoa Gutiérrez, Guatemala
Manuel Enrique Cáceres, Honduras
Alexandro Argudín Le Roy, México
Claudio Arellano Rodríguez, México
Carlos Danilo Salazar Sánchez, Nicaragua
Alejandro Herrera Rodríguez, República Dominicana
Javier Martínez Botacio, ACI/LAC
Eduardo Iglesias, ALTA
Javier A. Vanegas, CANSO
Marco Ospina, CLAC
Jorge Antonio Vargas Araya, COCESNA
Carlos Cirilo, IATA
Germán Díaz-Barriga, IFALPA CAR/SAM
Heriberto Salazar, IFALPA CAR/WEST
John Redmond, IFATCA Americas

dcabelize@btl.net; lindsaybz25@yahoo.com;
avargas@dgac.go.cr; gcortes@dgac.go.cr;
diana.calderin@iacc.avianet.cu; dta@iacc.avianet.cu; vp@iacc.avianet.cu;
aserrano@aac.gob.sv;
rmenendez@aac.gob.sv; navegacion-aerea@aac.gob.sv;
direccion@dgac.gob.gt; gtclau21@gmail.com;
mcaceres@dgachn.org; apaz@dgachn.org; gracia-maria1@hotmail.com;
aargudin@sct.gob.mx; dcastell@sct.gob.mx;
claudio.arellano@sct.gob.mx; dgseneam@sct.gob.mx; grmartin@sct.gob.mx;
eoaci@inac.gob.ni; dg@inac.gob.ni;
srosa@idac.gov.do; bleon@idac.gov.do; cguzman@idac.gov.do;
jmartinez@aci-lac.aero; aci-lac@aci-lac.aero; info@aci-lac.aero;
eiglesias@alta.aero; aherrera@alta.aero;
javier.vanegas@canso.org; lamcar@canso.org;
clacsec@lima.icao.int;
cdoc@cocesna.org; presidencia@cocesna.org;
ciriloc@iata.org;
germandiazb@prodigy.net.mx;
hsalazar@suofa.com.mx; sate@aspa.org.mx;
evpama@ifatca.org; office@ifatca.org;

cc: ***Punto focales del Proyecto RLA/09/801***
Mirta Crespo, Cuba
Bolívar León Paulino, República Dominicana
José I. Gil Jiménez, México
Juan Carlos Trabanino, COCESNA
C/FOS
NACC Webmaster

mirta.crespo@iacc.avianet.cu;
bleon@idac.gov.do; frankleon100@hotmail.com;
jjgiljim@sct.gob.mx;
juan.trabanino@cocesna.org;
fam@icao.int; fos@icao.int; icaohq@icao.int;
webmasternacc@icao.int;

ATTACHMENT A/ADJUNTO A



International Civil Aviation Organization

Organización de Aviación Civil Internacional

North American, Central American and Caribbean Office (NACC)

Oficina para Norteamérica, Centroamérica y Caribe (NACC)

Aerodrome Safety Management System (SMS) Implementation Workshop – Activity of GREPECAS Project F1 / Taller sobre Implantación del Sistema de gestión de la seguridad operacional (SMS) en Aeródromos – Actividad del Proyecto F1 del GREPECAS

ICAO NACC Regional Office, Mexico City, Mexico, 18 to 21 March 2014

Oficina Regional NACC de la OACI, Ciudad de México, México, 18 al 21 de marzo de 2014

PRELIMINARY PROGRAMME / PROGRAMA PRELIMINAR

DAY ONE / DÍA UNO
Tuesday 18 March 2014 / Martes 18 de marzo de 2014

08:30 – 09:00	<i>Registration / Registro</i>
09:00 – 09:45	<i>Opening Ceremony / Ceremonia de Inauguración</i>
Group Picture / Fotografía de Grupo	
09:45 – 10:10	Introduction to State Safety Programme (SSP) / Introducción al Programa de Seguridad del Estado. Eduardo Chacín – RO/FS
10:10 – 11:00	Module 1: SMS Introduction to the Aerodrome’s Environment / Módulo 1: Introducción al SMS en el ambiente de Aeródromos Norberto Cabrera – Coordinador de Proyecto, Cuba
11:00 – 11:30 Coffee break / Pausa para el café	
11:30 – 12:30	Module 2: Safety Management System basic concepts applied to Aerodromes / Módulo 2: Conceptos Básicos del Sistema de gestión de la seguridad operacional aplicados a los aeródromos Jaime Calderón – RO/AGA
12:30 – 13:30	Module 3: Introduction to Aerodromes Safety Management System / Módulo 3: Introducción al Sistema de Gestión de la Seguridad Operacional de aeródromos Norberto Cabrera – Coordinador de Proyecto, Cuba
13:30 – 14:30 Lunch / Almuerzo	
14:15 – 15:00	Exchange of best practices – Creation of working groups / Intercambio de mejores prácticas - Conformación de equipos de trabajos Norberto Cabrera and Jaime Calderón.

DAY TWO / DÍA DOS Wednesday 19 March 2014 / Miércoles 19 de marzo de 2014
--

08:30 - 09:15	Module 4: Hazard identification / Módulo 4: Identificación de Peligros Norberto Cabrera – Coordinador de Proyecto, Cuba
09:15 – 10:00	Module 5: Risk Analysis / Módulo 5: Análisis de Riesgos Jaime Calderón – RO/AGA
10:00 – 10:30	<i>Coffee break / Pausa para el café</i>
10:30 – 11:15	Module 6: SMS implementation in a Certified Aerodrome, evaluation criteria, hazard identification and risk management / Módulo 6: Implantación de SMS en un aeródromo certificado, criterios de evaluación, identificación de peligros y gestión de riesgos Norberto Cabrera – Coordinador de Proyecto, Cuba
11:15 – 12:00	Module 7: SMS Introduction. System characteristics and description / Módulo 7: Introducción al SMS. Características del Sistema y descripción Jaime Calderón – RO/AGA
12:00 – 12:45	Module 8: SMS Planning. Implementation plan / Módulo 8: Planificación del SMS. Plan de implementación Norberto Cabrera – Coordinador de Proyecto, Cuba
12:45 – 14:00	<i>Lunch / Almuerzo</i>
14:00 – 15:00	Assigned tasks to working groups based on aerodrome common hazards, analysis and preparation for final presentation through theoretical-practical excersises / Asignación de tareas a los grupos de trabajo basados en peligros comunes en los aeródromos, análisis y preparación para la presentación final mediante ejercicios teóricos - prácticos Norberto Cabrera – Coordinador de Proyecto, Cuba

DAY THREE / DÍA TRES Thursday 20 March 2014 / Jueves 20 de marzo de 2014

08:30 - 09:20	Module 9: SMS operation in the aerodromes environment, risk management and safety assurance / Módulo 9: Operación del SMS en el ambiente de los aeródromos, gestión del riesgo y aseguramiento de la Seguridad Operacional Norberto Cabrera – Coordinador de Proyecto, Cuba
09:20 - 10:00	Module 9: SMS Operation. Safety promotion / Módulo 9: Operación del SMS. Promoción de la Seguridad Operacional Norberto Cabrera – Coordinador de Proyecto, Cuba
10:00 – 10:30	<i>Coffee break / Pausa para el café</i>
10:30 – 12:10	Module 10: Implementation by phases / Módulo 10: Implementación por fases Jaime Calderón – RO/AGA
12:10 – 13:00	General debate / Debate general Jaime Calderón and Norberto Cabrera

13:00 – 14:00	<i>Lunch / Almuerzo</i>
14:00 – 15:50	Final tasks assigned to working groups / Tareas finales asignadas a los equipos de trabajo Norberto Cabrera and Jaime Calderón.
DAY FOUR / DIA CUATRO <i>Friday 21 March 2014 / Viernes 21 de marzo de 2014</i>	
08:30 – 10:00	Work to be performed by groups / Trabajo a desarrollar por los equipos Norberto Cabrera and Jaime Calderón.
10:00 – 10:30	<i>Coffee break / Pausa para el café</i>
10:30 – 13:00	Working groups presentations / Presentaciones de los trabajos por equipos
13:00 – 14:00	<i>Lunch / Almuerzo</i>
14:30 – 15:50	Exchange of experiences aimed at the progress on SMS implementation in the international aerodromes in the Region / Experiencias compartidas que permitan avanzar en la implantación de los SMS en los aeródromos internacionales de la Región Workshop conclusions / Conclusiones del Taller Certificates Delivery / Entrega de certificados Closing ceremony / Clausura del Taller

ADJUNTO B

Taller SMS



Organización de Aviación Civil Internacional

Oficina para Norteamérica, Centroamérica y Caribe (NACC)

Taller sobre Implantación del Sistema de gestión de la seguridad operacional (SMS) en Aeródromos – Actividad del Proyecto F1 del GREPECAS (Taller SMS)

Oficina Regional NACC de la OACI, Ciudad de México, México; del 18 al 21 de marzo de 2014

FORMULARIO DE REGISTRO

1.	NOMBRE	
2.	CARGO	
3.	ORGANIZACIÓN	
4.	PAÍS	
5.	TELÉFONO	
6.	CORREO-E	

Por favor envíe este formulario a:

E-mail: icaonacc@icao.int



ORGANIZACIÓN DE AVIACIÓN CIVIL INTERNACIONAL DIRECCIÓN DE ASISTENCIA TÉCNICA

GUÍA PARA LLENAR EL FORMULARIO DE CANDIDATURA PARA UNA BECA

(El originador tiene que arrancar esta hoja antes de enviar el formulario adjunto de candidatura para una beca, a la oficina regional o local de la PNUD, para que ésta lo haga llegar a la OACI)

Es de interés para los gobiernos asegurarse de que el formulario de candidatura adjunto se llene completamente respecto a cada candidato, *en un original y dos copias*. Todo formulario de candidatura tiene que someterse al Representante residente local del PNUD quien enviará tres copias de él al correspondiente Representante regional de la OACI. Los formularios de candidatura tiene que recibirlos la oficina regional de la OACI, con *seis meses de anticipación*, como mínimo, a la fecha de iniciación de los cursos propuestos.

PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

Sírvase notar los 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 LA GUÍA OACI DE CENTROS DE FORMACIÓN PROFESIONAL, Doc 9172.

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, debe decirse: 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 formación del programa de beca, para indicar qué cursos preliminares/básicos o avanzados hay que agregar/eliminar de éste a fin de lograr los mejores resultados posibles. Los datos sobre empleo constituyen asimismo un elemento esencial para la formación del programa, dado que ayudan a determinar la clase y grado de 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 él.

PARTE IV-A Y PARTE IV-B – INFORMES MEDICOS

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 país. Todo candidato a una beca debe ser reconocido por algún médico recomendado por la Oficina local del PNUD. Si los miembros de la tripulación 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 Anexo 1 de la OACI. Capítulo 6, párrafo 6.6. 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 seis meses de anticipación, como mínimo, a la fecha de iniciación del programa propuesto. El Representante residente lo enviará, a su vez, por triplicado al correspondiente Representante regional del a OACI.

PARTE I – CANDIDATURA PRESENTADA POR EL GOBIERNO

El Gobierno de _____

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

para recibir una beca de la OACI en la esfera de _____
(Identifíquese el campo de formación profesional principal de acuerdo con la *Guía OACI de centros de formación profesional*. Doc 9172, Sección I - Lista de cursos.)

2. Solicita la beca para el programa de Instrucción siguiente.

(Enumérese 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 el curso	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 asistencia técnica siguiente:
(Señálese la casilla correspondiente e Insértese el número del proyecto.)

- | | | | |
|--------------------------|---|----------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | Programa nacional bajo el PNU | Proyecto Núm.: _____ | Puesto Núm.: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Programa regional del PNUD | Proyecto Núm.: _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Programa Interregional del PNU | Proyecto Núm.: _____ | |
| <input type="checkbox"/> | Acuerdo de fondos fiduciarias
Concretado con la OACI | Proyecto Núm.: _____ | |

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

5. Conviene en que se hará/no se hará* cargo de los gastos de transporte de ida y vuelta del candidato el país o a los países donde se ofrezcan los cursos.

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 término 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 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):				
5. Nombre y dirección de la persona a quien deberá notificarse en caso de emergencia (aparte de las autoridades estatales):				
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:				
	Período			
Nombre, ciudad y país de la institución	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.)				
	Período			
Nombre de la escuela superior	del	al		
Asignaturas cursadas		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)				
	Período			
Nombre y lugar de la institución docente	del	al	Duración (semanas)	Diploma o certificado obtenido

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

PARTE II – Cont.

10. Empleos

(indíquese los cargos ejercidos en 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 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 formación proporcionada es verdadera en todos los sentidos.

Fecha: _____

Firma del candidato

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

(no es aplicable)

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 asistencia técnica de la OACI.]

Nombre de la Institución encargada de realizar el examen: _____

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

Idioma del 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?

SI

NO

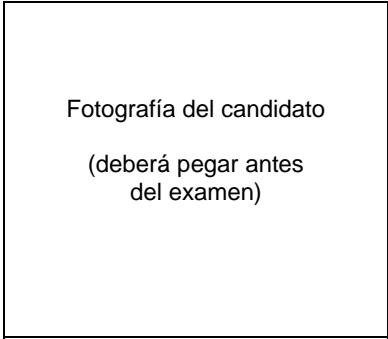
Fecha : _____

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 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? _____

SI	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 MEDICO																																																																																			
PARA LOS MIEMBROS DE LA TRIPULACIÓN Y CONTROLADORES DE TRÁFICO AÉREO QUE VAYAN A SEGUIR CURSOS PARA CONSEGUIR ALGUNA LICENCIA DE ACUERDO CON EL ANEXO 1 DE LA OACI ESTA PÁGINA DEBERA 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?			SI <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?			SI <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 modo alternativo <input type="checkbox"/>	helicóptero <input type="checkbox"/>																																																																															
¿Ha sufrido UD. Algún accidente de aviación?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, dé los detalles pertinentes en el apartado de "observaciones".																																																																															
<p>ANTECEDENTES MEDICOS ¿Ha experimentado alguna vez o experimenta actualmente, algunos 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>SI</th> <th>NO</th> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dolor de cabeza frecuente o fuerte</td> <td></td> <td></td> <td>Transtornos 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>Transtornos 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>Transtornos cardiacos</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 albuna 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 menta?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							SI	NO		SI	NO	Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Transtornos nerviosos de cualquier clase			Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes			Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas			Transtornos 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			Transtornos 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 albuna en la orina			Otras enfermedades			Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. Gozar de buena salud física y menta?		
	SI	NO		SI	NO																																																																														
Dolor de cabeza frecuente o fuerte			Transtornos nerviosos de cualquier clase																																																																																
Vértigo o desvanecimiento			Consumo habitual de drogas o estupefacientes																																																																																
Pérdida del conocimiento por cualquier causa			Consumo excesivo de bebidas alcohólicas																																																																																
Transtornos 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																																																																																
Transtornos 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 albuna en la orina			Otras enfermedades																																																																																
Epilepsia o ataques			¿Cree Ud. Gozar de buena salud física y menta?																																																																																
¿Hay algún antecedente familiar de:		Diabetes <input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/>	Tuberculosis <input type="checkbox"/>																																																																															
OBSERVACIONES																																																																																			
<p>DECLARACIÓN DEL CANDIDATO: Certifica 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>																																																																																			

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 EFECTUE 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 visceras (incluso hernia)		
Senos paranasales				Ano y recto(hemorroides, fistulas, 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 movimiento)		
Ojos en general				Columna vertebral y otras condiciones musculoesqueléticas		
Examen oftalmoscópico				Señales corporales, cicatrices y tatuajes		
Pupilas (diámetro, igualdad y reacción)				Piel y sistema linfático		
Motilidad Ocular (movimiento paralelo asociado nistagmo)				Examen urológico (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			Agudeza Visual lejana:	
		Sentado		Ojo derecho:	20/ Corregida a 20/
	Diástolica			Ojo izquierdo	20/ Corregida a 20/
	Sistólica			Ambos ojos:	20/ Corregido a 20/
		Reclinado		Agudeza visual cercana	Valor de la tabla N
	Diástolica			Agudeza visual intermedia	Valor de la tabla N:
Pulso sentado					
	Conversación	Murmullo	Audiometria		Normal
Oído			500 1000 2000 3000		Anormal
Oído derecho	pies	pies	Pérdida en dB <input type="checkbox"/> <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"/> <input type="checkbox"/>		

ANÁLISIS DE LABORATORIO

Análisis de orina	Azúcar	Albumia	Análisis de sangre:
	Análisis Microscópico		Hemoglobina
FCG	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal	Índice de heritrosedimentación
			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 MEDICO 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 de 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 anexo 1 de la OACI, Capítulo 6 – *Licencias al personal*

*Táchese lo que corresponda