

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

**FORMULARIO DE REGISTRO**

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

*Por favor envíe este formulario a:*

*E-mail:* icaonacc@icao.int