

 PERÚ		Ministerio de Transportes y Comunicaciones		Viceministerio de Transportes		Dirección General de Aeronáutica Civil	
SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE CENTRO ASISTENCIAL AUTORIZADO							
1. Nombre, número, ubicación y dirección, ciudad				2. Motivos de la solicitud			
a. Nombre comercial del centro del solicitante a CAA:			Número:	Solicitud original de Autorización Cambio de propietario Otro (especifique) Cambio en ubicación, edificios e instalaciones			
b. Ciudad y país donde funcionará:							
c. Domicilio del centro, número de teléfono y número de Registro Nacional de Contribuyentes (RUC).							
d. La denominación o razón social del centro asistencial.							
3. * Tipo de certificación médica que solicita realizar							
Certificado médico de Clase 1		Certificado médico de Clase 2		Certificado médico de Clase 3			
Inicial		Inicial		Inicial			
Renovación		Renovación		Renovación			
4. Certificación de veracidad del solicitante							
Nombre del propietario (Incluyendo nombre(s) de propietarios, socios, o nombres de corporaciones indicando, ciudad y la fecha de incorporación.							
Se certifica que he sido autorizado por el CAA señalado en la Casilla 1, para efectuar esta solicitud y que las declaraciones aquí realizadas son verdaderas y correctas.							
Fecha			Firma autorizada		Nombre completo:		Cargo:

5. Observaciones (identifique por número de ítem, incluya las deficiencias encontradas para desaprobar la Autorización)			
6. * Discrepancias- recomendaciones			7. Fecha de inspección
A. El CAA cumple con la RAP 67			
B. El CAA cumple con la RAP 67, excepto con las deficiencias listadas en la Casilla 5.			
C. Se recomienda emitir el certificado.			
D. Se recomienda emitir el certificado (con las limitaciones listadas en la Casilla 5)			
8. Oficina de la DGAC		Nombre(s) y Firma(s) del (los) inspector(es)	
9. Jefe del equipo de Autorización:			
Acción tomada		Autorización emitida Número	Firma del inspector
AUTORIZADO Como se muestra en la Autorización	NO AUTORIZADO	Fecha	