

EVALUACION PARA DESIGNACION DE IPM

INSPECTOR: _____

COMPAÑÍA/OMA: _____

Coordinación Técnica: _____

Dirección de Línea: _____

CONFIRMACION DE COMPETENCIA

| CURSOS/OJT | Satisfactorio | Insatisfactorio | Observaciones |
|-------------------------------|---------------|-----------------|---------------|
| Cursos de aeronaves o equipos | | | |
| OJT aplicables | | | |
| Cursos aplicables vigentes | | | |
| | | | |

Fecha: _

VºBº

-
Coordinador Técnico de Aeronavegabilidad