REPÚBLICA DOMINICANA
INSTITUTO DOMINICANO DE AVIACIÓN CIVIL

DIRECCIÓN DE NORMAS DE VUELO

DEPARTAMENTO OPERACIONES DE VUELO

DIVISIÓN AVIACIÓN GENERAL Y TRABAJOS AÉREOS

FICHA DE DATOS PERMISOS/AUTORIZACIONES DE RPAS pequeños

(Debe ser llenado por el solicitante o responsable de la operación)

I INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Persona: ○ Física ○ Jurídica Nombre:	Ocupación:	○ Cédula ○ RNC Especifique el No.	Nacionalidad ○ RD ○ Otra Especifique:

II INFORMACIÓN DEL PILOTO (Operador)

1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido
○ Cédula ○ Pasaporte Especifique el No.	Ocupación:	Sexo: ○ Masculino ○ Femenino	Nacionalidad ○ RD ○ Otra Especifique:
Tipo de Licencia:		No. de Licencia:	

Teléfonos: Residencia: Celular: Oficina: Correo Electrónico:	**Dirección de Residencia** Calle y Número		**Urbanización:**
	Sector:		Municipio o Ciudad:
	Provincia o Estado:	País:	Código Postal (si aplica):

III INFORMACIÓN DEL RPA

Marca	Modelo	No. Serial	Colores y

Características : Peso : ○ Libras ○ Kilos Velocidad de Crucero : ○ Km/h ○ Mph Autonomía : Horas Min	**País de Registro** ○ RD IDAC ○ Otro Especificar	**Sistema de Navegación:**
	Número de Registro	**Alcance de Radio:**

IV	INFORMACIÓN DE LA(s) OPERACIÓN(es)		
Objetivo del Vuelo:	Fecha de la Operación **Ingrese la fecha aquí.**	1ra. Hora de la Operación Entre las: y las:	2da. Hora de la Operación Entre las: y las:
Aeródromo Más Cercano:	Teléfono de contacto durante la operación:	Distancia aeródromo Más Cercano MN	Ubicación Referente a la Operación
Procedimiento de Recuperación de la Aeronave en Caso de Perdida		Altitud con Respecto al Terreno: ○ Pies ○ Metros	

Nombre los Lugares a Sobrevolar:	**Indique sus Coordenadas**
1.-	1.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
2.-	2.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
3.-	3.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
4.-	4.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
5.-	5.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
6.-	6.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
7.-	7.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
8.-	8.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
9.-	9.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W
10.	10.- ° ′ ″ N » ° ′ ″ W

Compañía Aseguradora :	No. Póliza de Seguro :	Fecha Vencimiento : **Ingrese la fecha aquí.**	Daños a Terceros Monto : $ US	Responsabilidad Solidaria / Asumo Responsabilidad Civil y Penal ○ Si ○ No

V DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE

Declaro que todas las informaciones y respuestas proporcionadas por mí en esta aplicación están completas y se ajustan a la verdad de mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo con el uso de esta información para mi evaluación por parte del IDAC y su uso como parte de las bases para mi certificación. Estoy consciente y comprendo el acto de declaración de privacidad de este formulario. También doy fe que todas las respuestas y hechos presentados por mí en este formulario son ciertos y válidos al mejor de mi entrenamiento y conocimiento al momento de presentarlo. También entiendo que puedo ser sancionado por las leyes dominicanas, si el IDAC encuentra falsedad en la información dada por mí en este formulario.

Nombre y Apellido **Firma:**_____ **Fecha Solicitud:** **Ingrese la fecha aquí.**