



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:

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 Número de Registro	Sistema de Navegación: 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 Pérdida		Altitud con Respecto al Terreno: ☐ Pies ☐ Metros		
Nombre los Lugares a Sobrevolar: 1.- 2.- 3.- 4.- 5.- 6.- 7.- 8.- 9.- 10.		Indique sus Coordenadas 1.- ° ' " N » ° ' " W 2.- ° ' " N » ° ' " W 3.- ° ' " N » ° ' " W 4.- ° ' " N » ° ' " W 5.- ° ' " N » ° ' " W 6.- ° ' " N » ° ' " W 7.- ° ' " N » ° ' " W 8.- ° ' " N » ° ' " W 9.- ° ' " N » ° ' " W 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.				