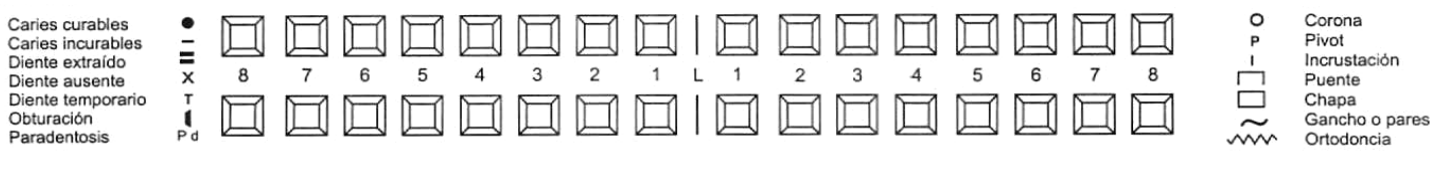
EXAMEN PSICOFISIOLOGICO

FECHA

____/____/_____

APELLIDO Y NOMBRE				LEGAJO Nº:	
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO		EDAD	CLASE	DETALLE
				I	
DOCUMENTO TIPO	NUMERO:			II	
LE ☐ DNI ☐ LC ☐ PAS ☐				III	
EXAMINADOR				IV	
ESTADO CIVIL	PROFESION			LIC E/T	
DOMICILIO PARTICULAR				TELEFONOS	
E-MAIL					
INSTITUCION / AEROCLUBES				FIRMA DEL EXAMINADO	
¿HA SIDO SUSPENDIDO DE LA ACTIVIDAD AEREA?			¿FUE TRATADO POR COMITÉ?		
CLINICA MEDICA:				FIRMA:	
OFTALMOLOGIA:				FIRMA	
CARDIOLOGIA: ECG:				FIRMA	
ORL:				FIRMA	
AUDIOMETRIA:				FIRMA	
LABORATORIO:				FIRMA:	
NEUROLOGIA:	FIRMA:	E.E.G:		FIRMA:	
RX:	FIRMA:	PSICOLOGIA:		FIRMA:	
PSIQUIATRIA:				FIRMA:	
OTROS:					



FIRMA: