

Nombre del AME			
Nº de certificado:		Expedido el: <i>(fecha)</i>	
Nombre del/a solicitante:			
Cargo en la organización:			

CAMBIO QUE SE PRETENDE			
Descripción del cambio			
Elementos de la aprobación a que afecta			
¿Se ha comprobado que garantiza, al menos, el mismo nivel de seguridad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Fecha en la que se pretende aplicar el cambio que se solicita:			
Declaración: Certifico que todas las personas y/o circunstancias citadas arriba cumplen los requisitos aplicables y toda la información dada es completa y correcta.			
LUGAR		FIRMA:	
FECHA DE LA SOLICITUD			

- Se acompañan los documentos que justifican el cambio y demuestran su nivel de seguridad.
- Se acompañan manuales u otros documentos que resultan afectados por el cambio para su aprobación, si procede

PRESENTACION DE LA DOCUMENTACIÓN

A través de [AESA Sede Electrónica](#)

Podrá remitirse la documentación ante AESA a través de los procedimientos actualmente establecidos y en su caso, de acuerdo con la parte de tramitación electrónica conforme a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas

Agencia Estatal de Seguridad Aérea AESA
Paseo de la Castellana 112
28046. Madrid. España
División de Medicina Aeronáutica