

Nº	Elemento	Descripción
1	Nombre y apellidos del solicitante	
2	DNI/Pasaporte	
3	Dirección	
	Teléfono	
	correo electrónico	
4	Nombre y apellidos del/a interesado/a <i>(si no es el solicitante)</i>	
5	Clase de certificado médico objeto de revisión	
6	Denegado por (AeMC o AME)	
7	Fecha de denegación del documento	
8	Motivo que fundamenta la solicitud	
9	Informes o estudios médicos contradictorios emitidos por Dr./ra.	
10	Pruebas médicas o analíticas complementarias	
11	Si el solicitante es el médico examinador aéreo informe y justificación de la solicitud	

**Se acompañarán los siguientes documentos:**

- Copia certificado médico-aeronáutico anterior, si es aplicable;
- Informes del médico especialistas; o
- Informe y justificación de la petición del médico examinador aéreo.

Certifico que todos los datos citados arriba y los documentos complementarios cumplen los requisitos aplicables y toda la información dada es completa y correcta.

*El/a interesado/a autoriza el uso de sus datos personales y los médicos correspondientes a la revisión secundaria que se solicita para la gestión técnico-administrativa del procedimiento.*

Lugar	
Fecha	
Firma del/a interesado/a o AME que solicita	

**PRESENTACION DE LA DOCUMENTACIÓN**

A través de [AES A Sede Electrónica](#)

Podrá remitirse la documentación ante AES A 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 AES A**  
Paseo de la Castellana 112  
28046. Madrid. España  
División de Medicina Aeronáutica