**CERTIFICADO DE SUPERACIÓN DE FORMACIÓN DE UNIDAD**

D./Dña.      , en calidad de      , de la Organización      , certificada por AESA como organización de Formación de Unidad de Controladores de Tránsito Aéreo

**CERTIFICA**

Que conforme al Reglamento (UE) 2015/340 y a los procedimientos aprobados por la autoridad competente,

D./Dña. , con Nº licencia **SATCO/ATCO NNNN**

ha superado con éxito los exámenes y evaluaciones correspondientes a la Formación de Unidad con arreglo a los siguientes datos:

* *En caso de ser aplicable la evaluación de la competencia previa establecida en el Reglamento (UE) 2015/340 (ATCO.B.001.d, ATCO.B.005.e, ATCO.B.010.b), deberá adjuntarse evidencia de la superación de dicha evaluación que confirme que sigue siendo apto para satisfacer las condiciones de dicha habilitación, y si fuera necesaria, evidencia de la superación de la formación resultante de dicha evaluación.*

**Plan de Formación de Unidad** (*Nombre, código y versión)***:**

**Fecha de aprobación del plan por AESA:**

**Curso de Formación de Unidad** (*Nombre, código y versión)*:

**Fecha de aprobación del curso por AESA:**

Se ha requerido adaptación a elementos de formación específicos del bloque de espacio aéreo funcional o del entorno nacional: SÍ NO*(En caso afirmativo adjuntar certificado de superación).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anotación/Anotaciones de Unidad: *DEPENDENCIA – HABILITACIÓN/ANOTACIÓN DE HABILITACIÓN* | | | | | | | |
| TRANSICIÓN | | **PRE-OJT** | **OJT** | | | | |
| Fecha Inicio | **Horas Teoría** | **Horas en STD** | **Fecha**  **Inicio OJT** | **Horas**  **OJT[[1]](#footnote-1)** | **Horas**  **ABES** | **Fecha Sup. ABES** | **Fecha**  **Sup. OJT** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Reducciones[[2]](#footnote-2):**

**Observaciones** (*Indicar cualquier tipo de observación relevante):*

**Evaluador/es**:

* D./Dña.       - ES.ATCO       - Fecha de evaluación
* D./Dña.       - ES.ATCO       - Fecha de evaluación
* D./Dña.       - ES.ATCO       - Fecha de evaluación
* D./Dña.       - ES.ATCO       - Fecha de evaluación

**Evaluador/es ABES**:

* D./Dña.       - ES.ATCO       - Fecha de evaluación
* D./Dña.       - ES.ATCO       - Fecha de evaluación

En      , a       de       de

FDO: *Firma y sello de la empresa*

1. Se indicarán las horas de instrucción OJT resultantes tras la minoración, en su caso, de acuerdo a los procedimientos aplicables. [↑](#footnote-ref-1)
2. Se justificarán las reducciones realizadas en base a la experiencia del candidato según los procedimientos aplicables. [↑](#footnote-ref-2)