|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de la ATO:**  |  |
| Nº de certificado: | Expedido el: *(fecha)* |
| Nombre del 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? | **🗆** Si | **🗆** NO |
| Fecha en la que se pretende aplicar el cambio que se solicita: |  |

**🗆** 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

Certifico que todas las personas y/o circunstancias citadas arriba cumplen los requisitos aplicables y toda la información dada es completa y correcta.

*Fecha*

*Firma*

Remitir a:

Agencia Estatal de Seguridad Aérea

División de Licencias del Personal Aeronáutico

Avenida General Perón n.º 40,

Portal B, 1ª planta. 28020 (Madrid, España).