

**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE CAMBIOS EN EL  
CERTIFICADO DE UN AME**

**SOLICITUD DE APROBACIÓN DE CAMBIOS EN EL CERTIFICADO AME**

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

<b>Cambio que se pretende:</b>		
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*

Agencia Estatal de Seguridad Aérea  
Avenida General Perón n.º 40, Portal B,  
1ª planta. 28020 (Madrid, España).  
División de Medicina Aeronáutica