**CERTIFICADO DE SUPERACIÓN DE FORMACIÓN DE UNIDAD**

D./Dña. Nombre y Apellidos, en calidad de XXXXXXXXXXXXXXXXXXX, de la Organización XXXXXXXX, 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. **NOMBRE Y APELLIDOS**, con licencia nº **ES. SATCO/ES.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.005.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:** dd/mm/aaaa

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

**Fecha de aprobación del curso por AESA:** dd/mm/aaaa

Se ha requerido adaptación a elementos de formación específicos del bloque de espacio aéreo funcional o del entorno nacional: **SI  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**: Nombre y Apellidos - Nº de licencia ES.ATCO NNNN - Fecha de Evaluación dd/mm/aaaa

**Evaluador/es ABES:** Nombre y Apellidos - Nº de licencia ES.ATCO NNNN - Fecha de Evaluación dd/mm/aaaa

En XXXXXX, a dd, de XXXXXXXXXXX de 2019

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)