



## Formulaire de demande Certificat AME

DIRECTION  
DE LA SECURITE DE  
L'AVIATION CIVILE HAÏTI  
SERVICE DES LICENCES

Date de traitement du dossier (réservé à l'Autorité de surveillance) :

### INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'AME

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Pays de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

Date d'obtention du diplôme de médecine :

### OBJET DE LA DEMANDE

Délivrance de certificat AME :

Renouvellement de certificat AME :

### ADRESSE D'EXERCICE DE L'AME

### DECLARATION DE L'AME

Je soussigné \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance du règlement licences ATCO (RACH 2) et m'engage à faire passer les visites d'aptitude classe 3 pour les contrôleurs aériens conformément aux exigences prescrites.

Je garantis la confidentialité des données médicales recueillies et m'engage à archiver les dossiers médicaux des ATCO de façon sécurisée afin qu'aucune information à caractère médical ne puisse être divulguée.

Je m'engage à réaliser les examens aéromédicaux dans des locaux appropriés et en utilisant le matériel médical *ad hoc* nécessaire auxdits examens prescrits par le règlement.

J'utiliserai les formulaires médicaux et les certificats médicaux mis à disposition par la DSACH.

Date de la demande

Signature du demandeur

