



Uruguay

# INFORME DE VUELO REPASO

FR-PEL-043-05

## INFORME DE VUELO REPASO O REHABILITACIÓN

**ATENCIÓN: VALIDEZ DE 90 DIAS DESDE LA FECHA DE REALIZADO.**

**CIAC.- N° .....**      **Nombre .-** .....

**Instructor que toma la prueba:**

Nombres: ..... Apellidos: .....

N° Licencia: ..... Fecha de vencimiento: .....

**Piloto a rehabilitarse:**

Nombres: ..... Apellidos: .....

Licencia de: ..... N°: ..... Vto. Certificado Aptitud Psicofísica: .....

**Vuelo de Rehabilitación (LAR 61 ) para la licencia de .....**

**Categoría:..... Clase:..... Tipo:.....**

**con habilitación en:.....**

**Fecha de exposición teórica en tierra:**

Hora inicio: ..... Hora Fin: .....

Fecha de efectuado el vuelo: .....

Hora de salida: ..... Hora de llegada: .....

Aeródromo: .....

Número de Planilla: .....

Matrícula de la Aeronave: .....

Maniobras realizadas: .....

.....

.....

**Resultado de la Prueba:** .....

Observaciones: .....

.....

.....

**CIAC** .....

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello del Instructor**

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello de la Autoridad Aeronáutica**