



CENTRO DE ESTUDIOS AERONÁUTICOS



ENVIAR DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADO AL MAIL: cadiz@coigt.com juan.parejo@coigt.net

ASISTENTE
Nombre y Apellidos:
DNI:
Fecha de nacimiento:
Número de colegiado:
Provincia:
Teléfono Móvil:
E-Mail:

EL CURSO INCLUYE:

- 1- Certificado de conocimientos prácticos de manejo del dron S1000 y similares.
- 2- Curso y certificado de Radiofonista profesional de Drones (obligatorio para hablar con la torre de control de los aeropuertos).

PRECIO DEL CURSO

150€

FORMA DE PAGO
<p>Transferencia Bancaria a la cuenta: TOP GUN CAJA SORIA - IBAN ES75 3017 0552 5723 7625 5325 Concepto: nombre y dos apellidos.</p> <p>Una vez realizada la transferencia, enviar JUSTIFICANTE DE PAGO y COPIA DEL D.N.I /PASAPORTE vía email a cadiz@coigt.com juan.parejo@coigt.net</p>

Fecha: En _____, a _____ de _____ del 2020. Firma del alumno/a: _____

- Documentación a aportar: fotocopia de DNly reconocimiento médico aeronáutico LAPL o CLASE 2 emitido en un centro médico aeronáutico autorizado.

En _____, a _____ de _____ de 2020

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ALUMNO: