

NOMBRE DEL CENTRO DE MANTENIMIENTO AERONÁUTICO
 N° DEL CMA
 FONOS Y FAX
 CORREO ELECTRÓNICO

INFORME DE INSPECCION ANUAL DE SISTEMAS ELECTRONICOS

I. El CMA _____, informa que ha efectuado una "Inspección Anual" a los sistemas electrónicos de la aeronave marca _____, modelo _____, número de serie _____, matrícula _____, cuyas características indica a continuación:

A. SISTEMAS

Cantidad	Sistema	Marca	Modelo	Condición
.....	Comunicación VHF 1	.....	.....	.....
.....	Comunicación VHF 2	.....	.....	.....
.....	Comunicación HF	.....	.....	.....
.....	Sistema de Audio	.....	.....	.....
.....	E.L.T.	.....	.....	.....
.....	E.L.T. (Supervivencia)	.....	.....	.....
.....	A.D.F. 1	.....	.....	.....
.....	A.D.F. 2	.....	.....	.....
.....	Indicador ADF	.....	.....	.....
.....	Indicador RMI	.....	.....	.....
.....	VOR/LOC	.....	.....	.....
.....	VOR/LOC	.....	.....	.....
.....	Glide Slope	.....	.....	.....
.....	Indicador VOR/LOC	.....	.....	.....
.....	Indicador VOR/ILS	.....	.....	.....
.....	Indicador HSI	.....	.....	.....
.....	Marker Beacon	.....	.....	.....
.....	D.M.E.	.....	.....	.....
.....	ATC Transponder	.....	.....	.....

FORM. DGAC 08/2-8

FECHA _____ MATRÍCULA CC - _____ PAG. _____ DE _____

Cantidad	Sistema	Marca	Modelo	Condición
.....	Sist.Repor.Aut. Altitud Pres.	.....	.....	.....
.....	Radar	.....	.....	.....
.....	Radio Altímetro	.....	.....	.....
.....	Sistema Alertador de Altitud	.....	.....	.....
.....	RNAV	.....	.....	.....
.....	Sistema Control de Video	.....	.....	.....
.....	Piloto Automático	.....	.....	.....
.....	Director de Vuelo	.....	.....	.....
.....	Sistema de Compás	.....	.....	.....
.....	G.P.S.	.....	.....	.....
.....
.....

B. FRECUENCIAS OPERATIVAS

- 1) Transceptor VHF # 1
.....
- 2) Transceptor VHF # 2
.....
- 3) Transceptor HF
.....
- 4) Transceptor
.....

C. TRANSMISOR LOCALIZADOR DE EMERGENCIA (ELT)

E.L.T.

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | (P) | (AF) | (AP) | (AD) | (S) |
| 1) Tipo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Número de Serie | ..... |  |  |  |  |
| 3) Func. Switch inercial | ..... |  |  |  |  |
| 4) TSO que cumple | ..... |  |  |  |  |
| 5) Fabricante de batería | ..... |  |  |  |  |
| 6) Vencimiento batería | ..... |  |  |  |  |
| 7) Código ELT | ..... |  |  |  |  |

FORM. DGAC 08/2-8

FECHA _____ MATRÍCULA CC - _____ PAG. _____ DE _____

D. ATC TRANSPONDER

		ATC # 1		ATC # 2	
		3/A	C	3/A	C
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1)	Modos de respuesta				
2)	Números de Series ATC y Encoder	.....		.....
3)	T.S.O. que cumple	.....		.....

E. RADAR

1) Modo de Funcionamiento Meteorológico Mapa Alerta

F. RADIO ALTIMETRO

1) Rango máximo de altura |

G. G.P.S

1) T.S.O. que cumple 2) Interconexión a: Piloto Autom. CDI o HSI

H. MODIFICACIONES Y/O ALTERACIONES DE AVIONICA DESDE ULTIMA CERTIFICACION

1) Sistemas o equipos involucrados

2) C.M.A. que ejecutó los trabajos

II. Las siguientes modificaciones e Inspecciones Mandatorias (MIM) y/o Circulares Dispositivas han sido cumplidas desde la anterior certificación:

Nº y Rev.	Periodicidad (horaria o calendaria)	Ultimo Cumplimiento	Próximo Cumplimiento
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Verificado hasta DA N°, AD N° y DAN N°

FORM. DGAC 08/2-8

FECHA _____ MATRÍCULA CC - _____ PAG. _____ DE _____

III. CERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Certifico que se ha efectuado mediante O/T N°, una inspección general de la aeronave y una prueba funcional de todos los sistemas electrónicos instalados en la aeronave matrícula, que tanto su condición de funcionamiento como seguridad de instalación, le permiten cumplir con los requisitos de equipamiento mínimo electrónico para operación bajo condición de vuelo, según las disposiciones de la DAN 08 09 para la utilización señalada más abajo por su explotador.

NOMBRE Y FIRMA DEL CERTIFICADOR AUTORIZADO
DEL CMA / CMAE / FABRICA
TIPO Y NUMERO DE LICENCIA

NOMBRE Y FIRMA DEL REPRESENTANTE TÉCNICO
TIPO Y NUMERO DE LICENCIA
TIMBRE DEL CMA / CMAE / FABRICA

Como explotador, tomo conocimiento y declaro la siguiente utilización de la aeronave:
(aeronaves comerciales deben concordar con especificaciones operativas)

- Privada Transporte Pasajeros Trabajos Aéreos (Especificar)
 Club Aéreo Transporte Carga _____

FIRMA _____
NOMBRE _____
CARGO _____ (si aplica)
EMPRESA _____ (si aplica)
Email _____

Uso exclusivo de la D.G.A.C.

Fecha de Recepción _____ Fecha de Revisión _____
Observaciones _____

Trámite _____
Fecha respuesta a obs. _____
Fecha Aprobación _____ Condición de vuelo VFR IFR

Requiere Vuelo Verificación SI NO Motivo _____

Revisado y Aprobado por _____

FORM. DGAC 08/2-8

FECHA _____ MATRÍCULA CC - _____ PAG. _____ DE _____