

REPUBLICA DOMINICANA INSTITUTO DOMINICANO DE AVIACIÓN CIVIL DIRECCIÓN DE NORMAS DE VUELO						No. Certificado (Certificado No.) 0347
DEPARTAMENTO DE LICENCIAS AERONÁUTICAS DIVISIÓN DE MEDICINA AERONÁUTICA						<input type="checkbox"/> Emisión (Emission)
CERTIFICADO MÉDICO CLASE <u>IIIb</u> Tipo de lic. <u>PP</u>						<input checked="" type="checkbox"/> Renovación No. 1 (Renovation Number)
Primer Nombre: (First Name) <u>Frank</u>			Segundo Nombre: (Middle Name) <u>Young</u>			
Primer Apellido: (First Last Name) <u>De Leon</u>			Segundo Apellido: (Second Last Name) <u>Compass</u>			
Calle y No.: (Street and No.) [Redacted]			Ciudad o Municipio: (City) <u>San Cristóbal</u>			
Estado o Provincia: (State) <u>San Juan</u>			País: (Country) <u>Rep Dom</u>			
Evaluación a: <input type="checkbox"/> Empleado del IDAC <input checked="" type="checkbox"/> Personal Aeronáutico Externo						
Tipo de identificación <input checked="" type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte				Número (Number) [Redacted]		
Fecha de Nacimiento (DOB)	Estatura (Height in Inches)	Peso (Weight in Pounds)	Cabello (Hair color)	Ojos (Eyes color)	Sexo (Sex)	
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	<u>M</u>	
Cumple con los requisitos Psicofísicos que exige el RAD 67 para este certificado médico (Has met the medical standards prescribed in RAD 67 for this medical certificate)						
Limitaciones (Limitations) <u>ninguna</u>						
Fecha de Examen (Examination Date) <u>18-12-2014</u>			No. Licencia Médico examinador y sello (Examiner's Designation No.) <u>007</u>			
Firma del Médico Examinador (Examiner's Signature) [Redacted]						
Nombre Impreso del Médico (Examiner Typed Name) <u>Dr. Guillermo T. BAE G.</u>						
FIRMA DEL PERSONAL AERONAUTICO (USUARIO) (Airman's Signature)						
IDAC 3500-3 Enmienda 1						
1 de 2 28/03/2010						

Photo 2 – Medical certificate



Photo 3 – Pilot’s license