



**DIREÇÃO DE LICENCIAMENTO E EXAMINAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE EXAMINAÇÃO**

**LISTA DE COLABORADORES DE ATO/OPERADOR COM ACESSO ÀS APLICAÇÕES ANAC (Examinadores e Cabin Crew)**

**ATO / OPERADOR**

Nome

Nome completo	Função	Contacto e-mail	Acesso requerido *	
			Examinadores	Cabin crew

\* Assinalar na respetiva coluna o acesso requerido com (X).

Esta lista deverá ser atualizada e enviada à ANAC, sempre que se verifique uma alteração.

Data	Nome do responsável	Assinatura do responsável
------	---------------------	---------------------------