



(pieczęć/logo przyjmującego wniosek)

FORMULARZ WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA LOTNICZO-LEKARSKIEGO

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

Wypełnić niniejszą stronę w całości i drukowanymi literami – patrz instrukcje dotyczące wypełniania

Formularz z 28 sekcjami (1-28) dotyczącymi danych osobistych, wykształcenia, historii lotniczej i medycznej kandydata.

Wywiad ogólny i wywiad medyczny: Czy przechodzi lub kiedykolwiek przechodził Pan/Pani którekolwiek z niżej wymienionych? (Proszę zaznaczyć). Jeśli tak, podać szczegółowe informacje w części dotyczącej uwag (30).

Tabela z 15 kolumnami (TAK, NIE) i 15 wierszami (101-115) zawierającymi pytania o choroby i objawy, takie jak problemy z wzrokiem, choroby serca, choroby układu oddechowego itp.

(30) Uwagi: W przypadku uprzedniego zgłoszenia i braku zmian od tego czasu potwierdzić. (31) Oświadczenie: Niniejszym oświadczam, że z uwagą zapoznałem(-am) się z powyższymi stwierdzeniami i...

Data Podpis kandydata Podpis AME/(GMP) (asesor medyczny)

Uwagi do wywiadu ogólnego i medycznego

(31) Oświadczenie: Niniejszym oświadczam, że z uwagą zapoznałem(-am) się z powyższymi stwierdzeniami oraz że, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, są one pełne i poprawne oraz że nie zatailem(am) żadnej istotnej informacji i nie umieściłem(am) żadnego mylącego stwierdzenia. Rozumiem, iż w przypadku umieszczenia mylącego stwierdzenia w związku z niniejszym wnioskiem lub nieprzedstawienia istotnych informacji medycznych, władza uprawniona do licencjonowania może odmówić wydania orzeczenia lotniczo-lekarskiego lub może cofnąć wszystkie wydane orzeczenia lotniczo-lekarskie niezależnie od wszystkich innych działań mających zastosowanie zgodnie z prawem krajowym.

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI MEDYCZNEJ: Niniejszym upoważniam do udostępniania wszystkich informacji zawartych w niniejszym sprawozdaniu oraz w każdym lub we wszystkich załącznikach lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej oraz, jeżeli zajdzie potrzeba, asesorowi medycznemu mojej władzy uprawnionej do licencjonowania, asesorowi medycznemu władzy właściwej dla mojego lekarza orzecznika medycyny lotniczej i odpowiednim pracownikom medycznym w celu przeprowadzenia oceny lotniczo-lekarskiej lub dodatkowego przeglądu, uznając, iż dokumenty te lub dane przechowywane w formie elektronicznej będą wykorzystane do uzupełnienia badań medycznych oraz będą stanowić własność władzy uprawnionej do licencjonowania przy zapewnieniu, że ja lub mój lekarz możemy mieć do nich dostęp zgodnie z przepisami prawa krajowego. Tajemnica lekarska zachowana będzie na wszystkich etapach procedowania.

POWIADOMIENIE O UJAWNIENIU DANYCH OSOBOWYCH: Niniejszym oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) i rozumiem, że dane zawarte w moim orzeczeniu lotniczo-lekarskim zgodnie z przepisami ARA.MED.130 mogą być przechowywane elektronicznie i udostępniane mojemu lekarzowi orzecznikowi medycyny lotniczej w celu zapewnienia informacji dotyczących historii medycznej wymaganych zgodnie z przepisami MED.A.035(b)(2)(ii)(iii) oraz asesorom medycznym właściwych organów państw członkowskich w celu ułatwienia egzekwowania przepisów ARA.MED.150(c)(4).

Data

Podpis kandydata

Podpis AME/(GMP) (asesora medycznego)