



# Centrum Szkolenia Lotniczego Technikum Lotnicze w Nagoszewie

## FORMULARZ WNIOSKU O WYDANIE ORZECZENIA LOTNICZO-LEKARSKIEGO

OBJĘTE POUFNOŚCIĄ LEKARSKĄ

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

(1) Państwo wydania licencji:		(2) Wnioskowane orzeczenie lotniczo-lekarskie:    klasa 1 <input type="checkbox"/> klasa 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	
(3) Nazwisko:		(4) Poprzednie nazwisko(a):	(12) Wniosek:    Wstępny <input type="checkbox"/> Przedłużenie/Wznowienie <input type="checkbox"/>
(5) Imię/imiiona:	(6) Data urodzenia (dd/mm/rrrr):	(7) Płeć:    Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/>	(13) Numer referencyjny:
(8) Miejsce i państwo urodzenia:	(9) Narodowość:	(14) Rodzaj wnioskowanej licencji:	
(10) Stały adres:  Kraj: Numer telefonu: Numer tel. komórkowego: E-mail:	(11) Adres do korespondencji (jeżeli inny):  Kraj: Numer telefonu:	(15) Zawód (podstawowy):	
		(16) Pracodawca:	
		(17) Ostatnie badanie lekarskie: Data: Miejsce:	
(18) Posiadane licencje (rodzaj): Numer licencji: Państwo wydania:		(19) Jakiegokolwiek posiadane ograniczenia licencji/orzeczenia lotniczo-lekarskiego: Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Szczegółowe informacje:	
(20) Czy kiedykolwiek władza uprawniona do licencjonowania odmówiła wydania, zawiesiła lub cofnęła Panu/Pani orzeczenie lotniczo-lekarskie? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Data:    Kraj: Szczegółowe informacje:		(21) Nalot całkowity:	(22) Nalot od czasu ostatniego badania:
(24) Jakiegokolwiek wypadek lotniczy lub zgłoszony incydent od czasu ostatniego badania: Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Data:    Miejsce: Szczegółowe informacje:		(23) Klasa/typ obecnie pilotowanego statku powietrznego:	
(27) Czy pije Pan/Pani alkohol: Nie <input type="checkbox"/> Tak, ilość <input type="checkbox"/>		(25) Rodzaj planowanych lotów:	
(29) Czy pali Pan/Pani tytoń: <input type="checkbox"/> Nie, nigdy Nie, data zaprzestania: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tak, podać rodzaj i ilość:		(26) Obecnie wykonywane loty: Załoga jednoosobowa: <input type="checkbox"/> Załoga wieloosobowa: <input type="checkbox"/>	
		(28) Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani jakieś leki? Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Podać nazwę leku, dawkę, datę rozpoczęcia i powód przyjmowania:	

**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).**

**Wywiad rodzinny:**

Tak		Nie		Tak		Nie		Tak		Nie		Tak		Nie	
101				112				123				170			
102				113				124				171			
103				114				125				172			
104				115				126				173			
105				116				127				174			
106				117				128				175			
107				118				129				176			
108				119				130				177			
109				120				131				178			
110				121				132				179			
111				122				133				<b>Dotyczy tylko kobiet:</b>			
								134				150			
												151			

(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 oraz że, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, są one pełne i poprawne oraz że nie zatałem(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 władzy uprawnionej do licencjonowania, 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.

-----  
Data

-----  
Podpis kandydata

-----  
Podpis AME/(GMP) (asesora medycznego)