DOPRAVNÝ ÚRAD
TRANSPORT AUTHORITY

DÚ/F367-B/v2/OLLP

Informovaný súhlas dotknutej osoby v súlade s ARA.MED.150 (c)
Informed Consent of concerned person in accordance with ARA.MED.150 (c)

Titul, meno a priezvisko: *Title, First name and Surname*:	
Preukaz spôsobilosti: *Type of licence*:	
Číslo preukazu spôsobilosti*:* *Number of licence:*	
Úrad, ktorý vydal preukaz spôsobilosti pilota / Štát: *Issuing Authority / (Country)*:	

Týmto udeľujem Dopravnému úradu svoj súhlas na sprístupnenie mojich zdravotných záznamov na účely letecko-lekárskych hodnotení a štandardizácie v súlade s ARA.MED.150 (c):
I hereby permit that, for the purpose of aero-medical assessment and standardization, my aero-medical records are available, in accordance with ARA.MED.150 (c), to:

- zariadeniu AeMC, lekárom AME alebo GMP na účely doplnenia lekárskeho hodnotenia;
  *an **AeMCS, AME** or **GMP** for the purpose of completion of an aero- medical assessment;*

- **zdravotnej posudkovej komisii**, ktorú môže vytvoriť príslušný orgán na doplnkové preskúmanie hraničných prípadov;
  *a **medical review board** for secondary review of borderline cases;*

- **príslušným lekárom špecialistom** na účely doplnenia lekárskeho hodnotenia;
  ***relevant medical specialists** for the purpose of completion of an aero-medical assessment;*

- **posudkovému lekárovi** príslušného orgánu iného členského štátu na účely spoločného dohľadu;
  *the **medical assessor** of the competent authority of another Member State for the purpose of cooperative oversight;*

- príslušnému žiadateľovi/držiteľovi preukazu spôsobilosti na jeho základe písomnej žiadosti;
  the applicant/ licence holder concerned upon their written request;

- *Európskej* agentúre pre bezpečnosť letectva (EASA) na účely štandardizácie po **znemožnení** identifikácie žiadateľa/držiteľa preukazu spôsobilosti;
  *European Aviation Safety Agency (EASA) after **disidentification** of the applicant/ licence holder to the Agency for standardisation purposes.*

Miesto / *Place:* .....

Dátum / *Date:* .....

Podpis dotknutej osoby / *Signature of concerned person*: .....