DOPRAVNÝ ÚRAD
TRANSPORT AUTHORITY

ŽIADOSŤ O OSVEDČENIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI
(AMC1 ARA.MED.135(a); Annex II to ED Decision 2019/002/R, AMC1 ATCO.AR.F.020 Annex II to ED Decision 2015/010/R)

PODLIEHA LEKÁRSKEMU TAJOMSTVU

Túto stranu vyplňte úplne a veľkým tlačeným písmom – viď. pokyny pre vyplnenie.

(1) Štát vydávajúci osvedčenie:	(2) Požadované osvedčenie zdravotnej spôsobilosti: 1.triedy ☐ 2. triedy ☐ 3. triedy ☐ LAPL ☐ CC ☐	
(3) Priezvisko:	(4) Predchádzajúce priezvisko/-á:	(12) Vyšetrenie: Vstupné ☐ Predĺženie platnosti/obnovenie ☐
(5) Krstné meno:	(6) Dátum narodenia: / (7) Pohlavie Muž ☐ Žena ☐	(13) Registračné číslo:
(8) Miesto a štát narodenia:	(9) Štátna príslušnosť:	(14) Typ požadovaného preukazu spôsobilosti:
(10) Trvalé bydlisko: Štát: Telefónne číslo: Číslo mobilu: e-mail:	(11) Adresa (prechodné bydlisko, ak je odlišné): Štát: Telefónne číslo:	(15) Zamestnanie (hlavné): (16) Zamestnávateľ: (17) Posledné letecko-lekárske vyšetrenie: Miesto: Dátum:

(18) Vlastnené preukazy spôsobilosti (typ): Číslo preukazu spôsobilosti:	(19) Lekárske obmedzenie/odchýlky/výnimky v preukaze spôsobilosti/osvedčení zdravotnej spôsobilosti: Nie ☐ Áno ☐ Aké:
(20) Bolo Vám niekedy zamietnuté, pozastavené alebo zrušené vydanie osvedčenia zdravotnej spôsobilosti? Nie ☐ Áno ☐ Dátum: Štát: Podrobnosti:	(21) celkový počet nalietaných hodín: / (22) Nálet hodín od posledného vyšetrenia: (23) Súčasný typ lietadla:
(24) Mali ste od posledného vyšetrenia nejakú leteckú nehodu alebo incident? Nie ☐ Áno ☐ Dátum: Miesto: Podrobnosti:	(25) O aký druh lietania žiadate: (26) V súčasnosti lietam v posádke Sám: ☐ Viacpilotná posádka: ☐ V súčasnosti ako ATCO vykonávam: ☐ ADI ☐APS ☐ACS
(27) Pijete alkohol? Nie ☐ Áno ☐ Ak áno, uveďte množstvo: (29) Fajčíte (fajčili ste)? ☐ Nie, nikdy ☐ Nie, dátum ukončenia: Áno ☐ Druh cigariet a denný počet:	(28) Užívate v súčasnosti lieky? Nie ☐ Áno ☐ Názov lieku, dávkovanie, odkedy a prečo:

Všeobecné a zdravotné údaje týkajúce sa Vašej minulosti: Máte alebo ste mali niekedy nejaké z nasledujúcich ochorení? Označte krížikom (x) políčko. Ak áno, podrobnosti uveďte do časti „Poznámky“ (30).

Poznámka: Pri vyšetrení na predĺženie platnosti osvedčenia zdravotnej spôsobilosti u rovnakého AME ako naposledy, označte iba políčka týkajúce sa nejakých medicínskych/chirurgických/očných alebo iných udalostí alebo zmien od posledného vyšetrenia. V prípade „žiadnych zmien“, uveďte toto v „Poznámkach“.

	Áno	Nie		Áno	Nie		Áno	Nie	**Rodinný výskyt**	Áno	Nie
101 Očné ťažkosti/operácie	☐	☐	112 Choroby nosa, hrdla, reči	☐	☐	123 Malária, či iná tropická choroba	☐	☐	170 Srdcové choroby	☐	☐
102 Nosenie okuliarov/ kontaktných šošoviek v minulosti	☐	☐	113 Poranenie hlavy, otras mozgu	☐	☐	124 Pozitívny HIV test	☐	☐			
			114 Časté/silné bolesti hlavy	☐	☐	125 Pohlavné choroby	☐	☐			
103 Zmena sily okuliarov/šošoviek od posledného lekárskeho. vyšetrenia	☐	☐	115 Závraty, chvíľkové mdloby	☐	☐	126 Porucha spánku /syndróm apnoe	☐	☐	171 Vysoký krvný tlak	☐	☐
			116 Akékoľvek bezvedomie	☐	☐	127 Svalové a kostrové choroby	☐	☐	172 Vysoká hladina cholesterolu	☐	☐
104 Alergia alebo senná nádcha	☐	☐	117 Neurologické poruchy, porážka, epilepsia, kŕče, ochrnutie a pod.	☐	☐	128 Iné choroby alebo poranenia	☐	☐	173 Epilepsia	☐	☐
105 Astma, pľúcne ochorenia	☐	☐					☐	☐	174 Psychiatrické choroby alebo samovražda	☐	☐
106 Srdcové, cievne ťažkosti	☐	☐	118 Akékoľvek psychické/psychiatrické poruchy	☐	☐	129 Prijatie do nemocnice	☐	☐	175 Cukrovka	☐	☐
107 Vysoký alebo nízky krvný tlak	☐	☐		☐	☐	130 Návšteva u praktického lekára od posledného lekárskeho vyšetrenia	☐	☐	176 Tuberkulóza	☐	☐
108 Obličkové kamene/krv v moči	☐	☐	119 Stále užívanie alkoholu/drog	☐	☐	131 Zamietnutie životnej poistky	☐	☐	177 Alergia/astma/ekzém	☐	☐
109 Diabetes, hormonálne poruchy	☐	☐	120 Pokus o samovraždu/sebapoškodenie	☐	☐				178 Dedičné choroby	☐	☐
110 Žalúdočné, pečeňové, alebo črevné ťažkosti	☐	☐	121 Morská choroba s liečbou	☐	☐	132 Zamietnutie preukazu spôsobilosti pilota/ATCO	☐	☐	179 Glaukóm	☐	☐
									Iba pre ženy		
111 Nahluchlosť, ušné ťažkosti	☐	☐	122 Anémia/kosákovité krvinky, iné krvné ochorenia	☐	☐	133 Vyradenie z vojenskej služby zo zdravotných dôvodov	☐	☐	150 Gynekologické problémy, problémy s menštruáciou	☐	☐
						134 Priznanie dôchodku alebo náhrady po zranení alebo chorobe	☐	☐	151 Ste tehotná?	☐	☐

(30) ***Poznámky:*** ***Ak oproti minulosti nie sú zmeny, stačí napísať: Bez zmien oproti poslednému vyšetreniu.***

(31) Vyhlásenie: Týmto vyhlasujem, že som starostlivo zvážil/-a vyššie uvedené tvrdenia a zodpovedal/-a som ich úplne a správne podľa svojho najlepšieho vedomia, nevynechal/-a som žiadnu dôležitú informáciu a ani som takúto informáciu nezatajil/-a. Som si vedomý (vedomá), že v prípade klamných údajov v tomto formulári alebo v prípade zatajenia dôležitej skutočnosti týkajúcej sa môjho zdravotného stavu mi príslušný orgán môže zamietnuť vydanie osvedčenia zdravotnej spôsobilosti alebo odobrať mi už vydané osvedčenie bez toho, aby tým boli ovplyvnené iné skutočnosti vyplývajúce zo zákona.

SÚHLAS S POSKYTNUTÍM INFORMÁCIÍ O MOJOM ZDRAVOTNOM STAVE: Súhlasím s poskytnutím všetkých informácií uvedených v tomto formulári, ako aj vo všetkých prílohách, poverenému leteckému lekárovi (AME), v prípade potreby posudkovému lekárovi úradu vydávajúceho preukaz spôsobilosti, posudkovému lekárovi úradu príslušného AME, na účely absolvovania leteckého lekárskeho hodnotenia alebo sekundárneho vyšetrenia. Súhlasím s tým, aby sa tieto dokumenty a iné elektronicky uskladnené údaje použili na posúdenie môjho zdravotného stavu a zostali vo vlastníctve príslušného orgánu podmienkou, že ja alebo môj praktický lekár môže do nich nahliadať podľa platných zákonov[1], a že tieto zdravotné údaje budú navždy zabezpečené ako dôverné.

OZNÁMENIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV: Týmto vyhlasujem, že som bol informovaný/-á a rozumiem, že údaje obsiahnuté v mojom osvedčení zdravotnej spôsobilosti v súlade s ARA.MED.130, môžu byť elektronicky uložené a sprístupnené môjmu AME za účelom poskytovania údajov požadovaných v MED.A.035 (b) (2) (ii) / (iii) a posudkovým lekárom príslušných úradov členských štátov s cieľom uľahčiť uplatňovanie ustanovenia podľa ARA.MED.150 (c) (4).

----------	----------	----------
Dátum:	**Podpis žiadateľa/-ky:**	**Podpis AME/posudkový lekár:**

[1]Napr. Zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

POKYNY NA VYPLNENIE ŽIADOSTI O OSVEDČENIE ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI

Formulár tejto žiadosti a všetky priložené formuláre správ budú zaslané licenčnému úradu. Za všetkých okolností musí byť rešpektované lekárske tajomstvo.
Žiadateľ/-ka by mal/-a osobne a v úplnosti vyplniť všetky otázky (časti) formulára žiadosti. Zápis musí byť vykonaný veľkými tlačenými písmenami pomocou guľôčkového pera. Prípustné je tiež vyplnenie tohto formulára písacím strojom/tlačiarňou. Ak potrebujete na odpoveď na nejakú otázku viac miesta, mal by byť k podaniu informácie použitý voľný list papiera opatrený menom a podpisom žiadateľa/-ky a dátumom podpisu. Nižšie uvedené číslované pokyny sa vzťahujú k číselným záhlaviam formulára žiadosti o osvedčenie zdravotnej spôsobilosti.
Neúplné alebo nečitateľné vyplnenie žiadosti môže mať za následok jej neprijatie. Nepravdivé alebo zavádzajúce údaje alebo zamlčanie dôležitej informácie vzťahujúcej sa k tejto žiadosti môžu mať za následok trestné stíhanie, odmietnutie tejto žiadosti a/alebo odobratie ktoréhokoľvek už vydaného osvedčenia zdravotnej spôsobilosti.

1. Licenčný úrad Meno štátu, v ktorom bude žiadosť podaná na licenčný úrad.	**17. Posledné letecko-lekárske vyšetrenie:** Uveďte dátum (deň, mesiac, rok) a miesto (mesto, štát). Žiadatelia o vstupné vyšetrenie napíšu „Žiadne“.
2. Trieda osvedčenia zdravotnej spôsobilosti: Vyplňte krížikom (X) príslušné políčko. 1. trieda: Profesionálny pilot 2. trieda: Súkromný pilot LAPL 3.trieda: Riadiaci letovej prevádzky CC- Lekárska správa palubného sprievodcu	**18. Typ preukazu spôsobilosti:** Uveďte typ preukazu/-ov spôsobilosti, ktorý/-é vlastníte, ako je uvedené aj v bode 14. Uveďte číslo preukazu spôsobilosti a štát, v ktorom bol preukaz vydaný. Ak nie ste držiteľom preukazu spôsobilosti, napíšte „Žiadny“.
3. Priezvisko Uveďte priezvisko/rodné meno.	**19. Lekárske obmedzenie/odchýlky/výnimky v preukaze spôsobilosti/ osvedčení zdravotnej spôsobilosti:** Zaškrtnite (x) príslušné políčko a uveďte príčinu obmedzenia vo vašom preukaze spôsobilosti/osvedčení zdravotnej spôsobilosti, napr. vízus, farebné videnie, len s bezpečnostným pilotom atď.
4. Predchádzajúce priezvisko/-á: Ak sa Vaše priezvisko z nejakej príčiny zmenilo, uveďte predchádzajúce priezvisko/-á.	**20. Odmietnutie, pozastavenie alebo zrušenie obmedzenia zdravotnej spôsobilosti::** Zaškrtnite „Áno“, ak Vám niekedy v minulosti bolo osvedčenie zamietnuté alebo zrušené, aj keď sa tak stalo iba dočasne. Ak zaškrtnete „Áno“, uveďte dátum a štát, kde sa tak stalo.
5. Krstné meno/-á: Uveďte prvé a druhé meno (maximálne tri).	**21. Celkový počet nalietaných hodín:** Uveďte váš celkový nálet hodín.
6. Dátum narodenia: Uveďte v poradí deň (DD) / mesiac (MM) / rok (RRRR), číslami, napr. 22/08/1950.	**22. Nálet hodín od posledného vyšetrenia:** Uveďte počet nalietaných hodín od posledného letecko-lekárskeho vyšetrenia.
7. Pohlavie: Zaškrtnite (x) príslušné políčko.	**23. Súčasný typ lietadla:** Uveďte názov lietadla, na ktorom najčastejšie lietate, napr. Boeing 737, Cessna 150, atď.
8. Miesto narodenia: Uveďte mesto a štát, kde ste sa narodili.	**24. Letecká nehoda alebo incident:** Ak zaškrtnete (x) políčko Áno, uveďte dátum (DD/MM/RRRR) a štát, kde došlo k nehode/incidentu.
9. Štátna príslušnosť: Uveďte štát, ktorého ste občanom.	**25. Typ zamýšľaného lietania:** Uveďte napr. dopravné, charterové, **[**jednopilotná prevádzka v obchodnej leteckej doprave cestujúcich**]** poľnohospodárske, rekreačné a pod.
10. Trvalé bydlisko: Uveďte svoju trvalú poštovú adresu a štát. Napíšte aj poštový kód mesta, telefónny kód štátu a úplné telefónne číslo.	**26. Súčasná činnosť v letovej prevádzke / ATCO :** Zaškrtnite (x) vhodné políčko, podľa toho, či lietate alebo pracujete ako ATCO.
11. Adresa (ak je odlišná) Ak je Vaša súčasná adresa odlišná od trvalého bydliska, uveďte ju, vrátane poštového kódu mesta a úplného telefónneho čísla. Ak nie, napíšte „ROVNAKÁ“.	**27. Pijete alkohol?** Zaškrtnite (x) správne políčko. Ak áno, uveďte koľko jednotiek za týždeň (napr. 0,5 dcl tvrdého alkoholu, 2 dcl vína, jedno pivo)**.**
12. Druh požadovaného vyšetrenia: Zaškrtnite (x) správne políčko.	**28. V súčasnosti užívané lieky:** Ak „Áno“, napíšte podrobnosti – názov lieku, dávkovanie …, vrátane liekov, ktoré nie sú na predpis.
13. REGISTRAČNÉ ČÍSLO: Uveďte registračné číslo, ktoré Vám pridelil licenčný úrad. Žiadatelia o vstupné vyšetrenie napíšu „Žiadne“.	**29. Fajčíte?** Zaškrtnite (x) správne políčko. Súčasný fajčiar uvedie typ (napr. cigarety, cigary, fajka) a množstvo (napr. 2 cigary denne, fajka - 35 g týždenne).
14. TYP POŽADOVANÉHO OSVEDČENIA SPOSOBILOSTI Uveďte druh požadovaného osvedčenia podľa nasledujúceho zoznamu: Preukaz spôsobilosti dopravného pilota Preukaz spôsobilosti pilota vo viaccčlennej posádke Preukaz spôsobilosti obchodného pilota / prístrojová kvalifikácia Preukaz spôsobilosti obchodného pilota Preukaz spôsobilosti súkromného pilota / prístrojová kvalifikácia Preukaz spôsobilosti súkromného pilota Preukaz spôsobilosti pilota klzákov Preukaz spôsobilosti pilota balónov Preukaz spôsobilosti pilota ľahkých lietadiel A či ide o lietadlo s pevnými krídlami / vrtuľník / oboje Osvedčenie palubného sprievodcu Ostatné – prosíme špecifikujte	**Celková a lekárska anamnéza:** Všetky položky 101 až 179 musia mať zaškrtnutú odpoveď „Áno“ alebo „Nie“. Ak kedykoľvek v minulosti došlo k výskytu príhody, zaškrtnite „Áno“. Okolnosti a dátum uveďte v rubrike 30. Poznámky. Odpovede na všetky otázky majú zmysel, aj keď to nemusí byť zrejmé. Rubriky 170 - 179 sa vzťahujú k rodine, rubriky 150 - 151 sú iba pre ženy. Ak bola odpoveď uvedená pri predchádzajúcom vyšetrení a nedošlo k žiadnej zmene, napíšte „Ako minule, bez zmeny“. Je však potrebné zaškrtnúť „Áno“. Neuvádzajte krátkodobé choroby ako napr. chrípka, prechladnutie.
15. Zamestnanie: Uveďte svoje hlavné zamestnanie.	
16. Zamestnávateľ: Ak je vaším zamestnaním lietanie, uveďte firmu zamestnávateľa, ak ste samostatne zárobkovo činný, napíšte „ja sám“.	**31. Vyhlásenie a súhlas s poskytnutím informácií:** Nepodpisujte sa a neuvádzajte dátum, ak nie je prítomný AME /GMP ako svedok, ktorý sa na formulár podpíše zároveň s Vami.

DOPRAVNÝ ÚRAD
TRANSPORT AUTHORITY

APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE
(AMC1 ARA.MED.135(a); Annex II to ED Decision 2019/002/R, AMC1 ATCO.AR.F.020 Annex II to ED Decision 2015/010/R)

MEDICAL IN CONFIDENCE

Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions pages for details.

(1) State of licence issue::	(2) Medical certificate applied for:: class 1 ☐ class 2 ☐ 3 class ☐ LAPL ☐ CC ☐		
(3) Surname::	(4) Previous surname(s):		(12) Application Initial ☐ Revalidation/Renewal ☐
(5) Forenames:	(6)Date of birth (dd/mm/yyyy):	(7) Sex Male ☐ Female ☐	(13) Reference number:
(8) Place and country of birth:	(9) Nationality:		(14) Type of licence applied for:
(10) Permanent address: Country: Telephone No.: Mobile No.: e-mail:	(11) Postal address (if different) Country: Telephone No.:		(15) Occupation (principal) (16) Employer: (17) Last medical examination: Date: Place:

(18 Aviation licence(s) held (type): Licence number: State of issue:	(19) Any Limitations on Licence/ Medical Certificate No ☐ Yes ☐ Details:
(20) Have you ever had an aviation medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority? No ☐ Yes ☐ Date: Country: Details:	(21) Flight time hours total: / (22) Flight time hours since last medical: (23) Aircraft class /type(s) presently flown:
(24) Any aviation accident or reported incident since last medical examination? No ☐ Yes ☐ Date: Place: Details:	(25) Type of flying intended: (26) Present flying activity: Single pilot : ☐ Multi pilot: ☐ Current ATCO activity: ☐ ADI ☐APS ☐ACS
(27) Do you drink alcohol? ☐ No ☐ Yes, amount:	(28) Do you currently use any medication? No ☐ Yes ☐ State drug, dose, date started and why:
(29) Do you smoke tobacco? ☐ No, never ☐ No, date stopped: Yes ☐ state type and amount:	

General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? Please tick (x). If yes, give details in remarks section(30) „Remarks“ .

Note: In case of revalidation of the medical certificate at the same AME as the last time, mark only items regarding the medical/ surgical / ophthalmological or other treatment or changes since the last medical examination. If previously reported and no change since, so state. (30).

	Yes	No		Yes	No		Yes	No	**Family history of:**	Yes	No
101 Eye trouble/eye operation	☐	☐	112 Nose, throat or speech disorder	☐	☐	123 Malaria or other tropical disease	☐	☐	170 Heart disease	☐	☐
102 Spectacles and/or contact lenses ever worn	☐	☐	113 Head injury or concussion	☐	☐	124 A positive HIV test	☐	☐			
			114 Frequent or severe headaches	☐	☐	125 Sexually transmitted disease	☐	☐			
103 Spectacle/contact lens prescriptions change since last medical exam.	☐	☐	115 Dizziness or fainting spells	☐	☐	126 Sleep disorder/ apnoea syndrome	☐	☐	171 High blood pressure	☐	☐
			116 Unconsciousness for any reason	☐	☐	127 Musculoskeletal illness / impairment	☐	☐	172 High cholesterol level	☐	☐
104 Hay fever, other allergy	☐	☐	117 Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc	☐	☐	128 Any other illness or injury	☐	☐	173 Epilepsy	☐	☐
105 Asthma, lung disease	☐	☐					☐	☐	174 Mental illness or suicide	☐	☐
106 Heart or vascular trouble	☐	☐	118 Psychological/ psychiatric trouble of any sort	☐	☐	129 Admission to hospital	☐	☐	175 Diabetes	☐	☐
107 High or low blood pressure	☐	☐		☐	☐	130 Visit to medical practitioner since last medical examination	☐	☐	176 Tuberculosis	☐	☐
108 Kidney stone or blood in urine	☐	☐	119 Alcohol/drug/ substance abuse	☐	☐	131 Refusal of life insurance	☐	☐	177 Allergy/ sthma/eczema	☐	☐
109 Diabetes, hormone disorder	☐	☐	120 Attempted suicide or self-harm	☐	☐				178 Inherited disorders	☐	☐
110 Stomach, liver or intestinal trouble	☐	☐	121 Motion sickness requiring medication	☐	☐	132 Refusal of flying licence	☐	☐	179 Glaucoma	☐	☐
									Females only:		
111 Deafness, ear disorder	☐	☐	122 Anaemia / Sickle cell trait/other blood disorders	☐	☐	133 Medical rejection from or for military service	☐	☐	150 Gynaecological, menstrual problems	☐	☐
						134 Award of pension or compensation for injury or illness	☐	☐	151 Are you pregnant?	☐	☐

(30) ***Remarks: If previously reported and no change since, so state.***

(31) Declaration: I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.

CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the my licensing authority , to the medical assessor of the competent authority of my AME and to relevant medical professionals for the purpose of completion of an aero-medical assessment or a secondary review, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law[1]. Medical confidentiality will be respected at all times.

NOTIFICATION OF DISCLOSURE OF PERSONAL DATA: I hereby declare that I have been informed and I understand that the data contained in my medical certificate according to ARA.MED.130 may be electronically stored and made available to my AME in order to provide historical data required in MED.A.035(b)(2)(ii)/(iii) and to the medical assessors of the competent authorities of the Member States in order to facilitate the enforcement of ARA.MED.150(c)(4).

---	---	---
Date:	**Signature of applicant:**	**Signature of AME/medical assessor:**

[1]E.g. Act No. 18/2018 of the protection of personal data

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE

This application form and all attached report forms will be transmitted to the licensing authority. Medical confidentiality shall be respected at all times.

The applicant should personally complete, in full, all questions (sections) on the application form. Writing should be legible and in block capitals, using a ball-point pen. Completion of this form by typing/printing is also acceptable. If more space is required to answer any questions, a plain sheet of paper should be used, bearing the applicant's name and signature, and the date of signing. The following numbered instructions apply to the numbered headings on the application form for a medical certificate.

Failure to complete the application form in full, or to write legibly, may result in non-acceptance of the application form. The making of false or misleading statements or the withholding of relevant information in respect of this application may result in criminal prosecution, denial of this application and/or withdrawal of any medical certificate(s) granted.

1. LICENSING AUTHORITY: State name of country this application is to be forwarded to.	**17. LAST APPLICATION FOR A MEDICAL CERTIFICATE:** State date (day, month, year) and place (town, country) Initial applicants state 'NONE'.
2. MEDICAL CERTIFICATE APPLIED FOR: Tick appropriate box. Class 1: Professional Pilot Class 2: Private Pilot LAPL Class 3: Air Traffic Controller CC: Cabin crew medical report	**18. LICENCE(S) HELD (TYPE):** State type of licence(s) held. Enter licence number and State of issue. If no licences are held, state 'NONE'.
3. SURNAME: State surname/family name.	**19. ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE(S)/MEDICAL CERTIFICATE:** Tick appropriate box and give details of any limitations on your licence(s)/medical certificate, e.g. vision, colour vision, safety pilot, etc.
4. PREVIOUS SURNAME(S): If your surname or family name has changed for any reason, state previous name(s).	**20. MEDICAL CERTIFICATE DENIAL, SUSPENSION OR REVOCATION:** Tick 'YES' box if you have ever had a medical certificate denied, suspended or revoked, even if only temporary. If 'YES', state date (dd/mm/yyyy) and country where it occurred.
5. FORENAME(S): State first and middle names (maximum three).	**21. FLIGHT TIME TOTAL:** State total number of hours flown.
6. DATE OF BIRTH: Specify in order dd/mm/yyyy.	**22. FLIGHT TIME SINCE LAST MEDICAL:** State number of hours flown since your last medical examination.
7. SEX: Tick appropriate box.	**23. AIRCRAFT CLASS/TYPE(S) PRESENTLY FLOWN:** State name of principal aircraft flown, e.g. Boeing 737, Cessna 150, etc.
8. PLACE AND COUNTRY OF BIRTH: State town and country of birth.	**24. ANY AVIATION ACCIDENT OR REPORTED INCIDENT SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION:** If 'YES' box ticked, state date (dd/mm/yyyy) and country of accident/incident.
9. NATIONALITY: State name of country of citizenship.	**25. TYPE OF FLYING INTENDED:** State whether airline, charter, single-pilot, commercial air transport, carrying passengers, agriculture, pleasure, etc.
10. PERMANENT ADDRESS: State permanent postal address and country. Enter telephone area code as well as telephone number.	**26. PRESENT FLYING ACTIVITY / ATCO ACTIVITY::** Tick appropriate box to indicate whether you fly as the SOLE pilot or not or ATCO's whether you operate as tower, radar or other.
11. POSTAL ADDRESS (IF DIFFERENT): If different from permanent address, state full current postal address including telephone number and area code. If the same, enter 'SAME'.	**27. DO YOU DRINK ALCOHOL?** Tick applicable box. If yes, state weekly alcohol consumption e.g. 2 litres beer.
12. APPLICATION: Tick appropriate box.	**28. DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION?:** If 'YES', give full details - name, how much you take and when, etc. Include any non-prescription medication.
13. REFERENCE NUMBER: State reference number allocated to you by the licensing authority Initial applicants enter 'NONE'.	**29. DO YOU SMOKE TOBACCO?** Tick applicable box. Current smokers state type (cigarettes, cigars, pipe) and amount (e.g. 2 cigars daily; pipe – 1 oz. weekly)
14. TYPE OF LICENCE APPLIED FOR: State type of licence applied for from the following list: Aeroplane Transport Pilot Licence Multi-Pilot Licence Commercial Pilot Licence/Instrument Rating Commercial Pilot Licence Private Pilot Licence/Instrument Rating Private Pilot Licence Sailplane Pilot Licence Balloon Pilot Licence Light Aircraft Pilot Licence And whether Fixed Wing / Rotary Wing / Both Other – Please specify	**GENERAL AND MEDICAL HISTORY** All items under this heading from number 101 to 179 inclusive should have the answer 'YES' or 'NO' ticked. You should tick 'YES' if you have ever had the condition in your life and describe the condition and approximate date in the (30) remarks section. All questions asked are medically important even though this may not be readily apparent. Items numbered 170 to 179 relate to immediate family history, whereas items numbered 150 to 151 should be answered by female applicants only. If information has been reported on a previous application form for a medical certificate and there has been no change in your condition, you may state 'Previously reported; no change since'. However, you should still tick 'YES' to the condition. Do not report occasional common illnesses such as colds.
15. OCCUPATION (PRINCIPAL): Indicate your principal employment.	
16. EMPLOYER: If principal occupation is pilot, then state employer's name or if self-employed, state 'self'.	**31. DECLARATION AND CONSENT TO OBTAINING AND RELEASING INFORMATION:** Do not sign or date these declarations until indicated to do so by the AME/GMP who will act as witness and sign accordingly.