|  |
| --- |
| **ЛИЧНА ИНФОРМАЦИЯ /** *Personal information* |
| **Име Фамилия** / *Surname, First name*:  |
| **Гражданство** / *Nationality:* | **Държава на практика** */* *Country of residence* |
| **АМЕ Сертификат №** */**AME’s License number (if applicable)*: |
| **Телефон** */* *phone number*:  | ***E-mail:*** |

|  |
| --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ** */ Application* |
| □ **Първоначално** */ Initial application* □ **Презаверка**  */ Application for revalidation of a still valid AME-certificate* □ **Подновяване** */ Application for renewal (previously expired AME-certificate)* □ **Разширяване права /** *Extension of AME rights* | Class 1 □Class 2 □Class 3 □ |

|  |
| --- |
| **Адрес на практика** / *Address for aeromedical practice* **Одобрен** */ Approved*  □ **Нов /** *New*  □ |
| **Име на медицински център** */* *Name of medical center/place of business:*  |
| **Адрес***/Address:*  | **Пощенски код** */* *Zip code:*  | **Град**  */ City:* |
| **Държава** */ Country:* | **Телефон** */ Phone:* |
| **Авиомедицинската практика ще се извършва на няколко адреса** *(прилага се списък) /**The aeromedical practice will be performed at several addresses (send as attachment)*   |

|  |
| --- |
| **Медицинска степен и специалност** */ Medical degree and specialty \** |
| **Доктор (**година) */* *M.D (year):* | **Учебно заведение** */**University*: |
| **Държава** */**Country:* | **Медицинска специалност** */**Medical specialty:*  | **Дата на дипломиране** */**Date of approval as specialist:* |

|  |
| --- |
| **АМЕ обучение** */ AME course \** |
| **Основен или еквивалент** */ Basic AME course or equivalent* | **Име на курса** */ Name of course* | **Място** */ Place:* | **Дата** */ Date:* |
| **Курс за напреднали** */ Advanced AME course or equivalent* | **Име на курса** */ Name of course* | **Място** */ Place:* | **Дата** */ Date:* |

|  |
| --- |
| **Брой прегледи през последните 3 години** */ Number of aeromedical examinations during the last 3 years* |
|  | **Година** */Year* | **Година** */Year* | **Година** */Year* |
| Class 1 |  |  |  |
| Class 2 |  |  |  |
| ATCO |  |  |  |
| Cabin Crew |  |  |  |
| **Друг** */Other (Please specify):* |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Авиомедицинско обучение или друго, придобито след предишна презаверка или през последните 3 години** (не се отнася за първоначално освидетелстване) */ Continuing aeromedical education or other relevant experience since previous application or during the last 3 years (the latter does not apply for initial application) \*[[1]](#footnote-1)* |
| **Курс / Конгрес/ Друго:** */ Course/congress/other aeromedical experience:* | **Място и дата** */**Location and date:* | **Брой****часове / Кредит точки** */**No. of hours / Credit points* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Декларация** */ Declaration* |
| **Аз, като АМЕ, през целия период на одобрението ми ще следя за промените на разпоредбите и процедурите за авиомедицинско освидетелстване и ще ги спазвам в работата си.***I will always during the approval period stay updated on current regulations and procedures for aeromedical certification and follow these in my work as an AME.* |
| **Дата, място** */**Date, place:*  | **Подпис** */* *Signature:*  |

Желая да получа индивидуалния административен акт *(посочете избрания от Вас начин):*

 **По електронен път – като електронен документ:**

 Чрез Системата за сигурно електронно връчване на Министерство на електронното управление

*(необходимо е да имате регистрация в ССЕВ)*

 Чрез документния портал на ГД ГВА

*(необходимо е поне веднъж да сте подавали документи чрез портала)*

 **На хартиен носител:**

 **На място в Център за административно обслужване на ГД ГВА:**

 на бул. „Брюксел“ № 1

 на ул. „Дякон Игнатий“ № 9 (сграда на МТС)

*(посочете избрания от Вас адрес)*

 **Чрез лицензиран пощенски оператор** на адрес: гр. ……………; ул. ………….. № ………, бл. ……, вх. ….., ет. …., ап. ….., пощенски код …..

*(разходите са за сметка на получателя)*

1. За всички \* - приложете копие / For all place finished with \* - a*ttach a copy* [↑](#footnote-ref-1)