



**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ПРЕОБРАЗУВАНЕ НА НАЦИОНАЛНО СВИДЕТЕЛСТВО НА
ЛЮБИТЕЛИ ПИЛОТИ (PPL(SA)) ИЗДАДЕНО ПО РЕДА НА НАРЕДБА №1 С
НАЦИОНАЛНО СВИДЕТЕЛСТВО ЗА ЛЮБИТЕЛ ПИЛОТ НА СЛВС (NPPL(M))**

ПОПЪЛВА СЕ ОТ ГД ГВА	№		ДАТА		ПЛАТЕНА ТАКСА	
	ДА СЕ РАЗГЛЕДА ОТ:					

1.	ЛИЧНИ ДАННИ				ЛИН		
ИМЕ		ПРЕЗИМЕ		ФАМИЛИЯ			
NAME		MIDDLE NAME(S)		SURNAME			
ДАТА НА РАЖДАНЕ	(DD/MM/YYYY)	МЯСТО НА РАЖДАНЕ		ДЪРЖАВА НА РАЖДАНЕ		ГРАЖДАНСТВО	
ПОСТОЯНЕН АДРЕС						П.К.	
АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ (АКО Е РАЗЛИЧЕН ОТ ПОСТОЯНИЯ)						П.К.	
ТЕЛЕФОН		ФАКС НОМЕР		ЕЛЕКТРОННА ПОЩА			

2.	УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ (ПОПЪЛВА СЕ САМО АКО ЗАЯВЛЕНИЕТО СЕ ПОДАВА ОТ УПЪЛНОМОЩЕНО ЛИЦЕ)						
ИМЕ		ПРЕЗИМЕ		ФАМИЛИЯ			
NAME		MIDDLE NAME(S)		SURNAME			
ПОСТОЯНЕН АДРЕС						П.К.	
АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ (АКО Е РАЗЛИЧЕН ОТ ПОСТОЯНИЯ)						П.К.	
ТЕЛЕФОН		ФАКС НОМЕР		ТЕЛЕФОН			

ДЕКЛАРАЦИЯ НА УПЪЛНОМОЩЕНОТО ЛИЦЕ			
В КАЧЕСТВОТО СИ НА ПЪЛНОМОЩНИК ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ ЗАЯВЛЕНИЕТО ЗА ИЗДАВАНЕ НА СВИДЕТЕЛСТВО ЗА ПРАВОСПОСОБНОСТ И ДОКУМЕНТИТЕ КЪМ НЕГО СА МИ ПРЕДОСТАВЕНИ ОТ ЗАЯВИТЕЛЯ. ИЗВЕСТНА МИ Е НАКАЗАТЕЛНАТА ОТГОВОРНОСТ, КОЯТО НОСЯ ПО ЧЛ. 313 ОТ НАКАЗАТЕЛНИЯ КОДЕКС ЗА ДЕКЛАРИРАНЕТО НА НЕВЕРНИ ДАННИ.			
ПОДПИС НА УПЪЛНОМОЩЕНОТО ЛИЦЕ		ДАТА	

3.	ПРИТЕЖАВАНО СВИДЕТЕЛСТВО ЗА ПРАВОСПОСОБНОСТ		
Вид на свидетелството	№ на свидетелството	ДАТА НА ИЗДАВАНЕ	ВАЛИДНО ДО ДАТА

4.	ДОКУМЕНТИ, ПРИЛОЖЕНИ КЪМ ЗАЯВЛЕНИЕТО	САМО ГД ГВА	ГД ГВА ЗАПАЗВА ПРАВОТО СИ ДА ИЗИСКВА ДОПЪЛНИТЕЛНИ ДОКУМЕНТИ	САМО ГД ГВА
	ПРИТЕЖАВАНО СВИДЕТЕЛСТВО ЗА ПРАВОСПОСОБНОСТ - КОПИЕ	<input type="checkbox"/>	ЗАБЕЛЕЖКА : 1.* Когато медицинското свидетелство е по PART-MED и не е издадено от BG АМЕ Свидетелството за правоспособност няма да бъде издадено докато медицинско досие не бъде предоставено на BG CAA AMS. 2. Всички копия се предоставят в ГД ГВА с: „ВЯРНО С ОРИГИНАЛА“ и ПОДПИС НА ЛИЦЕТО. 3. Заявлението се разглежда в срок до 30 дни от датата на регистрирането му в ГД ГВА.	
	СВИДЕТЕЛСТВО ЗА МЕДИЦИНСКА ГОДНОСТ– КОПИЕ	<input type="checkbox"/>		
	ДОКУМЕНТ ЗА ВНЕСЕНА ТАКСА	<input type="checkbox"/>		

5.	ДЕКЛАРАЦИЯ НА ЗАЯВИТЕЛЯ		
	С НАСТОЯЩАТА ДЕКЛАРИРАМ:		
1.	ЦЯЛАТА ИНФОРМАЦИЯ, ДАДЕНА В ТОВА ЗАЯВЛЕНИЕ И ПРИЛОЖЕНИЯТА КЪМ НЕГО, Е ПЪЛНА И ВЯРНА.		
2.	ИЗВЕСТНО МИ Е, ЧЕ ПРИ ПРЕДОСТАВЯНЕ НА НЕВЯРНА ИНФОРМАЦИЯ НОСЯ НАКАЗАТЕЛНА ОТГОВОРНОСТ ПО ЧЛ. 313 ОТ НК.		
3.	СЪГЛАСНО ЧЛ.19 ОТ ЗАКОНА ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИТЕ ДАННИ ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ СЪМ СЪГЛАСЕН ЛИЧНИТЕ МИ ДАННИ ДА БЪДАТ ИЗПОЛЗВАНИ ОТ ГД ГВА ПРИ ИЗПЪЛНЕНИЕ НА СЛУЖЕБНИТЕ ЗАДЪЛЖЕНИЯ ОТ СТРАНА НА СЛУЖИТЕЛИТЕ НА АДМИНИСТРАЦИЯТА.		
ПОДПИС НА ЗАЯВИТЕЛЯ		ДАТА	

6.	ПОПЪЛВАСЕ ОТ ГД ГВА (ПРОВЕРКА НА ПРИЛОЖЕНИТЕ ДОКУМЕНТИ)				
<input type="checkbox"/>	РЕГИСТРИРАНА В ДЕЛОВОДСТВОТО НА ГД ГВА ОТЧЕТНА ФОРМА НА ПРОВЕРЯВАЩИЯ (ВСИЧКИ НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ КЪМ НЕЯ, ВКЛЮЧИТЕЛНО)				
<input type="checkbox"/>	ПОТВЪРЖДЕНИЕ ОТ AMS КОГАТО МЕДИЦИНСКОТО СВИДЕТЕЛСТВО НЕ Е ИЗДАДЕНО ОТ BG АМЕ				
Заявителят	ОТГОВАРЯ	<input type="checkbox"/>	НА ИЗИСКВАНИЯТА НА НАРЕДБА № Н-1:		
	НЕ ОТГОВАРЯ	<input type="checkbox"/>			
ДАТА НА ИЗДАВАНЕ:			СЪС СЛЕДНИТЕ КВАЛИФИКАЦИОННИ КЛАСОВЕ И/ИЛИ РАЗРЕШЕНИЕ:		
КВАЛИФИКАЦИОНЕН КЛАС И/ИЛИ РАЗРЕШЕНИЕ		ПРАВА/ОГРАНИЧЕНИЯ	ДАТА НА ПЪРВОНАЧАЛНО ВПИСВАНЕ	ДАТА НА ПОСЛЕДНА ПРОВЕРКА	ВАЛИДНО ДО ДАТА
С Ниво на владеене на език:					
Ниво на език		Език	Издаден от	Дата на издаване	Валидно до дата
С радиотелефония:					
<i>ПРИЧИНА ЗА НЕОДОБРЕНИЕ</i>				ДАТА НА КОНСТАТИРАНЕ	
				ДАТА НА ОТСТРАНЯВАНЕ	
<i>ПРИЧИНА ЗА НЕОДОБРЕНИЕ</i>				ДАТА НА КОНСТАТИРАНЕ	
				ДАТА НА ОТСТРАНЯВАНЕ	
<i>ПРИЧИНА ЗА НЕОДОБРЕНИЕ</i>				ДАТА НА КОНСТАТИРАНЕ	
				ДАТА НА ОТСТРАНЯВАНЕ	
ИМЕ, ФАМИЛИЯ, ПОДПИС НА ИНСПЕКТОРА					