|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kérelem orvosi minősítés** **ELSŐDLEGES FELÜLVIZSGÁLATÁRA** | **MED-03** |
| **Application for PRIMER REVIEW of medical certificate** |

|  |
| --- |
| **A kérelmező adatai / *Applicant’s data*** |
| vezetéknév / *last name* |  | keresztnév / *first name* |  |
| születési név / *birth name* |  | állampolgárság / *nationality* |  |
| születési hely / *place of birth* |  | születési idő /*date of birth* |  |
| telefonszám /*phone number* |  | email /*email* |  |
| levelezési cím / *postal address* |  |
|  |
| **A kérelem részletei / *Details of application*** |
| a kérelem tárgya */ subject of application (*csak egyet jelöljön be */ thick only one box):* |
|  | korlátozás felülvizsgálata / *limitation review* ; korlátozás megnevezése / *limitation code:* |
|  | ideiglenesen nem alkalmas minősítés felülvizsgálata / *temporary unfit descision review* |
|  | nem alkalmas minősítés felülvizsgálata */ unfit descision review* |
|  | egyéb */ other:* |
|  |
| Az orvosi minősítés adatai / *Details of medical certificate* |
| Az orvosi minősítés kiállítója / *Issuing AME* |  |
| Az orvosi vizsgálat időpontja / *date of the aeromedical examination:* |  |
| A minősítés kiállításának időpontja / *date of the aeromedical assessment:* |  |
| A minősítés kézhezvételének időpontja / *date of receiving the descision:* |  |
|  |
| **Benyújtandó dokumentumok / *Documents to be attached*** |
| Az eljárás díjköteles 3/2002 GKM Rendelet, 567. díjtétel: 7000 ForintInnovációs és Technológiai Minisztérium , Magyar Államkincstárnál vezetett MÁK 10032000-00290713-38100004 | *Fee required**Rate Nr. 567: 7000 HUF**Ministry of Innovation and Technology**Bank account: MÁK 10032000-00290713-38100004 (SWIFT: HUSTHUHB)* |
| **Csatolandó dokumentumok / *Documents to be attached*** |
| * befizetési bizonylat másolata / *copy of certification of payment;*
* felülvizsgálati kérelem indoklása / *motivation of the review*
 |
| **Kérelmező nyilatkozata / *Applicant’s declaration*** |
| Ezennel kijelentem, hogy a fenti adatokat a legjobb tudásom szerint, pontosan adtam meg, nem titkoltam el és nem szolgáltattam félrevezető adatokat. Tudomásul veszem, hogy téves vagy félrevezető adatközlés esetén a légiközlekedési hatóság megtagadhatja az orvosi minősítés/bizonyítvány kiadását, vagy azt visszavonhatja. Ezennel kijelentem azt is, hogy a kérelmem tárgyára vonatkozó jogszabályrészt megértettem és tudomásul vettem. / *I hereby declare that all the information given above is correct to the best of my knowledge without concealing any relevant data or providing any misleading or false information. I acknowledge that in the event of providing false or misleading information, the Aviation Authority may deny to issue or revoke the medical certificate or report. I hereby declare also, that I am aware of the actually valid regulation related to the subject of my application.*Dátum / *Date:* Aláírás / *Signature:*beküldendő / *to be sent:* **aeromed@itm.gov.hu** |

Aeromedical form MED-03; v.2.1