|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Kérelem orvosi minősítés MÁSODLAGOS FELÜLVIZSGÁLATÁRA** | **MED-04** |
| **Application for SECONDARY 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 elsődleges felülvizsgálat adatai / *Details of the primer review* | | | | | | |
| Az elsődleges szakvélemény kiállítója /  *Issuing medical assessor* | | |  | | | |
| A szakvélemény kiállításának időpontja /  *date of the primer review:* | | |  | | | |
| A szakvélemény kézhezvételének ideje /  *date of receiving the descision:* | | |  | | | |
|  | | | | | | |
| **Benyújtandó dokumentumok / *Documents to be attached*** | | | | | | |
| Az eljárás díjköteles  3/2002 GKM Rendelet, 586. díjtétel: 9000 Forint  Innovációs és Technológiai Minisztérium , Magyar Államkincstárnál vezetett  MÁK 10032000-00290713-38100004 | | | | *Fee required*  *Rate Nr. 586: 9000 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-04; v.2.1