

ANSÖKAN del A (skickas in senast 3 månader före begärt datum för kvalificering)

Personuppgifter

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
Telefonnummer	E-postadress	

Detaljer

Typ av FSTD	Luftfartyg Typ/klass	Sökt kvalificeringsnivå					Speciell /kategori <input type="checkbox"/>
		A	B	C	D		
Full Flight Simulator (FFS)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Flight Training Device (FTD)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Flight and Navigation Procedures Trainer (FNPT)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

 Gäller ansökan interimistisk/tillfällig kvalificeringsnivå: JA NEJ
FSTD Data

Organisation/Operatör ansvarig för drift av FSTD	Typ av luftfartyg och eventuella varianter	
FSTD placering	Simulerad motorvariant(er)	
Tillverkare av FSTD och identifikation/serienummer	Motorinstrument	Flyginstrument
Begärt datum för utvärdering	Visuellt system; Tillverkare och typ: Synfält:	/ ° X °
Kommentarer	Rörelsesystem/Motion system (tillverkare och typ)	

De objektiva testresultaten (QTG) kommer att lämnas in den och i vart fall inte mindre än 30 dagar före begärt utvärderingsdatum om inte annat överenskommit med Transportstyrelsen

Underskrift

Ort	Datum
Underskrift	Namnförtydligande

ANSÖKAN del B (skickas in tillsammans med resultaten från QTG testerna)**Personuppgifter**

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)	
Utdelningsadress			
Postnummer	Postort		
Telefonnummer dagtid	E-postadress		

Vi har slutfört tester av FSTD och förklarar att den uppfyller alla tillämpliga krav, i enlighet med (ange vald certifieringsbas/regelverk) utom vad som anges nedan

Följande QTG tester återstår	Kommentarer

Det förväntas att de kommer att slutföras och lämnas 3 veckor före begärt datum för utvärdering.

Underskrift

Ort	Datum
Underskrift	Namnförtydligande

Skicka blanketten till

Skicka eller e-posta blanketten till:

Transportstyrelsen
Sjö-och Luftfartsavdelningen
601 73 Norrköping

luffart@transportstyrelsen.se

ANSÖKAN del C (skickas in senast 7 dagar före begärt datum för kvalificering)

Personuppgifter

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Utdelningsadress		
Postnummer	Postort	
Telefonnummer	E-postadress	

Följande personer har bedömt FSTD

Namn	Befattning
Namn	Befattning
Namn	Befattning
Namn	Pilotlicens nr
Namn	Flygingenjör licens nr

FFS/FTD

Typ av FSTD	Namn på Luftfartygsoperatör(i förekommande fall), typ av flygplan/helikopter	Typ av FSTD nivå
-------------	---	------------------

Detta team intygar att ovan angivna uppgifter överensstämmer med konfigurationen av det ovan angivna flygplanets cockpit/helikopter cockpit inom gällande krav och att de simulerade system och delsystem fungerar likvärdigt med de i flygplanet/helikoptern.

Piloten i denna utvärderingsgrupp har också bedömt prestanda och flygegenskaper för FSTD och finner att den representerar utsett flygplan/utsedd helikopter.

FNPT

Typ av FSTD	Typ av flygplan/helikopter eller klass av flygplan/ helikoptertyp	Typ av FSTD nivå
-------------	--	------------------

Detta team intygar att ovan angivna uppgifter representerar cockpit/cockpitmiljö i angivet flygplan/helikoptertyp inom ramen för kraven och att de simulerade systemen verkar fungera som i klass av flygplan/helikoptertyp.

Piloten i denna utvärderingsgrupp har också bedömt prestanda och flygegenskaper för FSTD och finner att den representerar den avsedda klassen av flygplan/helikoptertyp.

Kommentarer

Underskrift

Ort	Datum
Underskrift	Namnförtydligande