

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

**Personuppgifter**

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

**Detaljer**

Typ av FSTD	Luftfartyg Typ/klass	Sökt kvalificeringsnivå				
		A	B	C	D	Speciell /kategori
Full Flight Simulator (FFS)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flight Training Device (FTD)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3C <input type="checkbox"/>		
Flight and Navigation Procedures Trainer (FNPT)		I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	II MCC <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	III MCC <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 överenskommits med Transportstyrelsen

**Underskrift**

Ort	Datum
Underskrift	Namnförtydligande

 Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan behandlas i enlighet med Personuppgiftslagen (PuL).  
 Mer information finns på Transportstyrelsens webbplats.

**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 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](mailto: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