

**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