

**Uppgifter om den sökande**

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

**Förfrågan gällande aktuell luftfartygstyp**

Luftfartygstyp enligt EASA Appendix I till AMC		
Kategori/Subkategori B1.1 <input type="checkbox"/> B1.2 <input type="checkbox"/> B1.3 <input type="checkbox"/> B1.4 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>		Önskat datum för examination

**Tidigare utförd examination på aktuell luftfartygstyp under det senaste året**

Examination har <b>inte</b> utförts <input type="checkbox"/>		
Examination har utförts. <i>Ange hur många, datum och organisation/myndighet</i> <input type="checkbox"/>		
Försök 1 <input type="checkbox"/> Datum Organisation/Myndighet	Försök 2 <input type="checkbox"/> Datum Organisation/Myndighet	Försök 3 <input type="checkbox"/> Datum Organisation/Myndighet
Uppgifter om eventuell förberedande utbildning		
Uppgifter om eventuell instruktör under utbildning		

**Underskrift**

Datum	Namn
-------	------