

**Personuppgifter**

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer	E-postadress	
Organisationsnamn		Tillståndsnummer

**Förfrågan gällande aktuell luftfartygstyp**

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

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

<input type="checkbox"/> Typutvärdering har inte utförts	<input type="checkbox"/> Typutvärdering har utförts
Typutvärdering har utförts. Ange hur många, datum och organisation/myndighet/EU-land	
Uppgifter om eventuell förberedande utbildning	
Uppgifter om eventuell instruktör under utbildning	

**Underskrift**

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	