

**Ansökan avser förnyelse av**

Behörighet klass2, LAPL och CC <input type="checkbox"/>	Behörighet klass 1 <input type="checkbox"/>	Behörighet klass 3 <input type="checkbox"/>
--	--	--

**Ansökan avser förnyelse för en period på**

1 år <input type="checkbox"/>	2 år <input type="checkbox"/>	3 år <input type="checkbox"/>
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

**Ansökan avser förnyelse för**

Samma mottagning ( ar) som i föregående certifikat <input type="checkbox"/>
Endast följande mottagning <input type="checkbox"/>

**Gå igenom och kryssa för de grundkrav som är uppfyllda enligt nedanstående checklista**

Har svensk läkarlegitimation och svensk specialistbehörighet <input type="checkbox"/>	Är inte föremål för disciplinärt förfarande eller utredning av Socialstyrelsen eller Inspektionen för Vård och Omsorg <input type="checkbox"/>
Har kunskap om och kommer att följa de föreskrifter som gäller för flygläkare och de krav som gäller för medicinska intyg för piloter och medicinsk rapport för kabinbesättning <input type="checkbox"/>	Har kunskap om och kommer att följa de krav som gäller för medicinska intyg för flygledare* <input type="checkbox"/>
Godtar att de kontaktppgifter för min(a) mottagning(ar) som jag lämnat i bilaga till denna ansökan får publiceras på Transportstyrelsens webbplats och delges luftfartsmyndigheter i andra europeiska stater <input type="checkbox"/>	Är medveten om att Transportstyrelsen kommer att utöva tillsyn över min flygmedicinska verksamhet <input type="checkbox"/>
Är medveten om att Transportstyrelsen tar ut avgifter för certifiering och tillsyn <input type="checkbox"/>	Kommer att använda Transportstyrelsens verksamhetssystem EMPIC enligt de anvisningar som ges av Transportstyrelsen <input type="checkbox"/>

\*) gäller enbart vid ansökan om fortsatt behörighet för klass 3

**Personuppgifter**

Ort		Datum	
Namn		Personnummer (10 siffror)	
Adress			
Postnummer	Postadress		
Telefon		Mobilnummer	
E-postadress			

Du kan sända din ansökan till [luft.medicin@transportstyrelsen.se](mailto:luft.medicin@transportstyrelsen.se)

**Observera att du i så fall måste spara ned blanketten som en pdf.**

Det går naturligtvis bra även att skriva ut ansökan och posta den till Transportstyrelsen, Sektionen för flygcertifikat, 601 73 Norrköping

Bilaga 1 till ansökan om förnyelse av certifikat för flygläkare

## Uppgifter om flygmedicinsk fortbildning under de tre senaste åren

**OBS** bifoga alltid kopia på deltagarbevis eller kvitto som styrker genomgången fortbildning

Möte/kurs	Anordnare	Plats	Datum (dd/mm/yy-dd/mm/yy)	Poäng
ICASM	IAASM			10
ICASM	IAASM			10
ICASM	IAASM			10
AsMA	AsMa			10
AsMA	AsMa			10
AsMA	AsMa			10
ECAM	ESAM			8
ECAM	ESAM			8
AME-seminarium	TS			6
AME-seminarium	TS			6
AME-seminarium	TS			6
Vetenskapligt möte, flyg-och dykmed	SANMA			2
Vetenskapligt möte, flyg-och dykmed	SANMA			2
Vetenskapligt möte, flyg-och dykmed	SANMA			2
Föreningsmöte	SANMA			1
Föreningsmöte	SANMA			1
Föreningsmöte	SANMA			1
Övrigt				Enl TS bedömn
Övrigt				Enl TS bedömn
Flygerfarenhet				
Jumpseat	Antal sektorer	Fem flygningar/sektorer ger 1 poäng		Totalt max 5 poäng/3 år
Simulator	Antal timmar	4 flygtimmar ger 1 poäng		
Eget flygcertifikat	Antal timmar	4 flygtimmar ger 1 poäng		
Övrigt				Enl TS bedömn
Obs! För fortsatt certifiering krävs minst 20 poäng under de senaste tre åren			Summa poäng	

För övrig fortbildning krävs godkännande i förväg

Jag intygar att jag har gjort minst 10 flygmedicinska undersökningar per år

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------