

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

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

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
ATCO (Miljö, kurs eller del av kurs)				2p/Heldag
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. För certifiering för klass 1 krävs 10 poäng per år.			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
-----------------------------	------------------------------