



ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ОДОБРЕНИЕ НА АМЕ

Application for approval as an Aeromedical Examiner

AMS BG CAA - med@caa.bg

ЛИЧНА ИНФОРМАЦИЯ / Personal information			
Име и фамилия / Surname, First name			
Гражданство / Nationality		Държава на практика / Country of residence	
АМЕ Сертификат № / AME's License number (if applicable)			
Телефон / Phone number	E-mail		

ЗАЯВЛЕНИЕ / Application	
Първоначално / Initial application	Class 1
Презаверка / Application for revalidation of a still valid AME-certificate	Class 2
Подновяване / Application for renewal (previously expired AME-certificate)	Class 3
Разширяване права / Extension of AME rights	

Адрес на практика / Address for aeromedical practice		Одобен / Approved	Нов / New
Име на медицински център / Name of medical center/place of business			
Адрес / Address	Пощенски код / Zip code	Град / City	
Държава / Country	Телефон / Phone		
Авиомедицинската практика ще се извършва на няколко адреса (прилага се списък) / The aeromedical practice will be performed at several addresses (send as attachment)			

Медицинска степен и специалност / Medical degree and specialty *	
Доктор (година) / M.D. (year)	Учебно заведение / University
Държава / Country	Медицинска специалност / Medical speciality
Дата на дипломиране / Date of approval as specialist	

АМЕ обучение / AME course *			
Основен или еквивалентен / Basic AME course or equivalent	Име на курса / Name of course	Място / Place	Дата / Date
Курс за напреднали / Advanced AME course or equivalent	Име на курса / Name of course	Място / Place	Дата / Date

Брой прегледи през последните 3 години / Number of aeromedical examinations during the last 3 years

	Година / Year	Година / Year	Година / Year
Class 1			
Class 2			
ATCO			
Cabin Crew			
Друг / Other (Please specify):			

Авиомедицинско обучение или друго, придобито след предишна презаверка или през последните 3 години (не се отнася за първоначално освидетелстване)

Continuing aeromedical education or other relevant experience since previous application or during the last 3 years (the latter does not apply for initial application) *

Курс/Конгрес/Друго Course/congress/other aeromedical experience	Място и дата Location and date	Брой часове/Кредит точки Number of hours/Credit points
---	-----------------------------------	---

Декларация / Declaration

Аз, като АМЕ, през целия период на одобрението ми ще следя за промените на разпоредбите и процедурите за авиомедицинско освидетелстване и ще ги спазвам в работата си.

I will always during the approval period stay updated on current regulations and procedures for aeromedical certification and follow these in my work as an AME.

Място

Place

Дата

Date

Подпис

Signature