

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / *Croatian Civil Aviation Agency*

Ulica grada Vukovara 284_10 000 Zagreb_Tel.: +385 1 2369 300_Fax.: +385 1 2369 301

e-mail: ccaa@ccaa.hr

Zahtjev za preispitivanje ocjene zdravstvene sposobnosti podnosite Hrvatskoj agenciji za civilno zrakoplovstvo isključivo ukoliko ste nezadovoljni ocjenom zdravstvene sposobnosti na inicijalnom pregledu i /ili posjedujete dozvolu zrakoplovnog osoblja izdanu od strane Hrvatske agencije za civilno zrakoplovstvo.

U potpunosti ispuniti obrazac velikim tiskanim slovima i predati vlastoručno potpisani obrazac. U privitku je potrebno dostaviti presliku Obavijesti o neudovoljavanju. *Intirely fill in the form with capital letters and submit it with own hand signature and submit a copy of the Decision of Noncompliance with requirements for issuing a Medical Certificate or Cabin Crew Medical report.*

Uz ovaj zahtjev primjenjuje se Tarifa br. 1 i 2. Općih upravnih pristojbi, u iznosu od ukupno 70,00 HRK Zakona o upravnim pristojbama, koje se plaćaju u državnim biljezima u trenutku predaje zahtjeva. *With this form applies a tariff No. 1 and 2. of General administrative fees act, for a total of 70.00 HRK to be paid in stamp at the time of submission of the application.*

Prezime i ime <i>Last and first name</i>	
Mjesto i datum rođenja <i>Place and Date of birth (dd / mm / yyyy)</i>	
Adresa, e-mail, telefon <i>Address, E-mail, Phone</i>	
Tražena kategorija zdravstvene sposobnosti <i>Requested class of medical certificate</i> <input type="checkbox"/> 1 (<i>Class 1</i>) <input type="checkbox"/> 2 (<i>Class 2</i>) <input type="checkbox"/> LAPL (<i>LAPL</i>) <input type="checkbox"/> 3 (<i>Class 3</i>) <input type="checkbox"/> Medicinski izvještaj za kabinsku posadu (<i>Cabin Crew Medical Report</i>)	Datum ocjene <i>Assessment date</i> AME/AeMC Vrsta dozvole koju posjedujem <i>Type of licence held</i>
Obrazloženje <i>Explanation</i> 	
Datum <i>Date</i>	Potpis podnositelja zahtjeva <i>Signature of applicant</i>