



# AAC/ACAA

## FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE TË AVIACIONIT CIVIL

### APPLICATION FORM FOR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE



**Forma e RSH-së sipas EASA MED 160**

**03-3.FMU/PT.001.FRM.001**

## FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE TË AVIACIONIT CIVIL

### APPLICATION FORM FOR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE

COMPLETE THIS PAGE FULLY AND IN BLOCK CAPITALS – REFER TO INSTRUCTIONS PAGES FOR DETAILS

PLOTËSONI KËTË FAQË PLOTËSISHT DHE ME SHKRONJA TË MËDHA TË SHTYPIT-REFEROJUNI FLETËVE INSTRUKTUESE PËR DETAJE

PLOTËSONI KËTË FLETË TËRËSISHT DHE ME SHKRONJA TË MËDHA TË SHTYPIT-REFEROJUNI INSTRUKSIONEVE PËR PLOTËSIMIN

COMPLETE THIS PAGE FULLY AND IN BLOCK CAPITALS – REFER TO INSTRUCTIONS FOR COMPLETION

**Medical in Confidence/ Mjekësore në konfidencë**

(3) Mbiemri: <i>Surname</i>	(4) Mbiemri i mëparshëm: <i>Previous surname(s)</i>	Titulli: <i>Title</i>	(13) Numri i referencës AAC <i>ACAA Reference number:</i> <b>AL:</b>
(5) Emri: <i>Forenames</i>	(6) Ditëlindja: <i>Date of birth</i>	(7) Gjinia/Sex:	(12) Aplikim/ <i>Application</i> Fillestar/ <i>Initial</i> <input type="checkbox"/> Rivalidim/ <i>Revalidation</i> <input type="checkbox"/> Rinovim/ <i>Renewal</i> <input type="checkbox"/>
(1) Shteti lëshues i liçencës: <i>State of licence issue</i>	(2) Çertifikata mjekësore për të cilën aplikohet: <i>Medical certificate applied for:</i> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/>	(14) Tipi i liçencës së kërkuar : <i>Type of licence applied for:</i>	
(8) Vendi dhe shteti i lindjes <i>Place and country of birth:</i>	(9) Kombësia <i>Nationality:</i>	(15) Punësimi (kryesor) <i>Occupation (principal)</i>	
(10) Adresa e përhershme: <i>Permanent address:</i>  <b>Tel:</b> <b>Email:</b>	(11) Adresa postare (nëse është e ndryshme) <i>Postal address (if different)</i>  <b>Tel:</b> <b>Email:</b>	(16) Punëdhënësi/ <i>Employer:</i>  (17) Ekzaminimi i fundit mjekësor/ <i>Last medical examination</i> <b>Data/Date:</b> <b>Vëndi/Place:</b>	
(500) Emri i GP/ <i>GP Name:</i>  Adresa/ <i>Address:</i>  Numri i telefonit/ <i>Telephone Number:</i>		(18) Liçenca e mbajtur (tipi): <i>Aviation licence(s) held (type):</i>  Numri i liçencës/ <i>Licence number:</i>  Shteti i lëshimit/ <i>State of issue:</i>	
(20) A ju është mohuar, pezulluar, apo anuluar ndonjëherë çertifikata mjekësore e aviacionit nga ndonjë autoritet liçencues? Nëse po, diskutoni me AME <i>Have you ever had an aviation medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority? If yes, discuss with AME</i> Jo/No <input type="checkbox"/> Po/Yes <input type="checkbox"/> <b>Data/Date:</b> <b>Vëndi/Place:</b> <b>Detaje/Details:</b>		(19) Çdo limitim në Liçencë/Çertifikatë mjekësore të mbajtur PO <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> <i>Any limitations on licence(s)/medical certificate held</i> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  <b>Detaje:</b> <b>Details:</b>	
(21) Totali i kohës së fluturimit: <i>Flight time total:</i>	(22) Koha e fluturimit që nga mjekësori i fundit: <i>Flight time since last medical:</i>	(23) Tipi/Klasa e avionit që fluturohet aktualisht: <i>Aircraft Class /Type(s) presently flown:</i>	
(24) Ndonjë aksident ose incident ajror të raportuar që nga mjekësori i fundit? <i>Any aviation accident or reported incident since last medical examination?</i> Jo/No <input type="checkbox"/> Po/Yes <input type="checkbox"/> <b>Data/Date:</b> <b>Vëndi/Place:</b> <b>Detaje/Details:</b>		(25) Tipi i synuar i fluturimit: <i>Type of flying intended:</i>	
(26) Aktiviteti aktual i fluturimit/ <i>Present flying activity:</i> Me një pilot/ <i>Single pilot</i> <input type="checkbox"/> Multi – pilot/ <i>Multi pilot</i> <input type="checkbox"/>			



**AAC/ACAA**  
**FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE TË**  
**AVIACIONIT CIVIL**  
**APPLICATION FORM FOR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE**



**Forma e RSH-së sipas EASA MED 160**

**03-3.FMU/PT.001.FRM.001**

(27) Alkoholi-deklaroni pirjen javore mestare në njësi  
*Alcohol – state average weekly intake in units:*

(29) A pini duhan? / Do you smoke tobacco? Kurrë/Never  Jo/No  Po/Yes  Data kur e keni lënë/Date stopped:  
 Deklaroni tipin, sasinë dhe numrin e viteve:  
*State type, amount & number of years:*

(28) A përdorni ndonjë ilaç, aktualisht? / Do you currently use any medication? Jo/No  Po/Yes

Nëse po, deklaroni mjekimin, dozën, datën e fillimit dhe arsyen  
*If YES, state medication, dose, date started and why*

--	--	--	--

(3) Mbiemri: <i>Surname</i>	(4) Mbiemri i mëparshëm : <i>Previous surname(s)</i>	Titulli: <i>Title</i>	(13) Numri i referencës AAC/ ACAA Reference number: <b>AL:</b>
--------------------------------	---	--------------------------	--

**Historik i përgjithshëm dhe mjekësor: A keni apo keni pasur ndonjëherë ndonjë nga të renditurat më poshtë? (Ju lutem shënoni). Nëse po, jepni detaje në seksionin e shënimeve (30).**

**General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following? (Please tick). If yes, give details in remarks section (30).**

	Po/Yes	Jo/No		Po/Yes	Jo/No		Po/Yes	Jo/No		Po/Yes	Jo/No
101 Shqetësime të syve/ operacion të syve <i>Eye trouble/eye operation</i>			112 Çrregullime të hundës, fytit, të të folurit <i>Nose, throat or speech disorder</i>			123 Malaria/ose sëmundje tjetër tropikale <i>Malaria or other tropical disease</i>			<b>Vetëm Femrat/Females only:</b>		
102 Syzet dhe / ose lentet e kontaktit të vendosura ndonjëherë <i>Spectacles and/or contact lenses ever worn</i>			113 Përplasje apo dëmtim në kokë <i>Head injury or concussion</i>			124 HIV test pozitiv <i>A positive HIV test</i>			150 Probleme gjinekologjike, menstruale <i>Gynaecological, menstrual problems</i>		
103 Ndryshimi i recetave të syzeve/ lenteve të kontaktit / që nga ekzaminimi i fundit mjekësor. <i>Spectacle/contact lens prescriptions/change since last medical exam</i>			114 Dhimbje koke të forta/të shpeshta <i>Frequent or severe headaches</i>			125 Sëmundje seksualisht të transmetuara <i>Sexually transmitted disease</i>			151 A jeni shtatzënanë? <i>Are you pregnant?</i>		
104 Ethet Hey, alergji të tjera <i>Hay fever, other allergy</i>			115 Marrje mendësh apo të fikët <i>Dizziness or fainting spells</i>			126 Shttrim në spital <i>Admission to hospital</i>			<b>Historiku Familjar/ Family history of:</b>		
105 Astma, sëmundje të mushkërive <i>Asthma, lung disease</i>			116 Humbje ndjenjash për çfarëdo arsye <i>Unconsciousness for any reason</i>			127 Çdo sëmundje ose lëndim tjetër <i>Any other illness or injury</i>			170 Sëmundje të zemrës <i>Heart disease</i>		
106 Probleme të zemrës ose vaskulare <i>Heart or vascular trouble</i>			117 Çrregullime neurologjike; ictus, epilepsi, konvulsione, paralizë, etj. <i>Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc</i>			128 Vizita në mjekë të përgjithshëm që nga mjekimi i fundit <i>Visit to medical practitioner since last medical examination</i>			171 Presion i lartë i gjakut <i>High blood pressure</i>		



**AAC/ACAA**  
**FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE TË**  
**AVIACIONIT CIVIL**  
**APPLICATION FORM FOR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE**



**Forma e RSH-së sipas EASA MED 160**

**03-3.FMU/PT.001.FRM.001**

107 Tension i lartë ose i ulët gjakut <i>High or low blood pressure</i>		118 Shqetësime psikologjike /psikiatrike të çfarëdo lloji <i>Psychological/psychiatric trouble of any sort</i>		129 Sindrom të çrregullimit të gjumit/apnea <i>Sleep Apnoea</i>		172 Nivel i lartë i kolesterolit <i>High cholesterol level</i>	
108 Gurë në veshka apo gjak në urinë <i>Kidney stone or blood in</i>		119 Alkool/droga/ abuzim me substance <i>Alcohol/drug/substance abuse</i>		130 Sëmundja / dëmtimi muskulo- skeletik <i>Musculoskeletal illness</i>		173 Epilepsi <i>Epilepsy</i>	
109 Diabes, çrregullim hormonal <i>Diabetes, hormone disorder</i>		120 Tentim për vetëvrasje <i>Attempted suicide</i>		131 Refuzim i sigurimit të jetës <i>Refusal of Life insurance</i>		174 Sëmundje mendore <i>Mental illness</i>	
110 Shqetësime të stomakut, mëlçsë apo intestinale <i>Stomach, liver or intestinal trouble</i>		121 Çrregullime të lëvizjes lidhur me ndonjë mjekim <i>Motion sickness requiring medication</i>		132 Refuzimi i Liçencës së fluturimit <i>Refusal of Flying licence</i>		175 Diabet <i>Diabetes</i>	
111 Çrregullime të veshëve/ humbje dëgjimi <i>Deafness, ear disorder</i>		122 Anemia/ malformime qelizore/ çrregullime të tjera të gjakut <i>Anaemia/Sickle cell trait/other blood disorders</i>		133 Refuzimi mjekësor nga ose për shërbimin ushtarak <i>Medical rejection from or for military service</i>		176 Tuberkuloz <i>Tuberculosis</i>	
				134 Dhënie pensioni ose kompensimi për lëndime apo sëmundje <i>Award of pension or compensation for injury or illness</i>		177 Allergji/astma/eczema <i>Allergy/asthma/eczema</i>	
						178 Çrregullime të trashëguara <i>Inherited disorders</i>	
						179 Glaukoma <i>Glaucoma</i>	

**(30) Shënime:** Nëse është raportuar më parë dhe nuk ka ndryshime që atëherë, deklarojeni.

**Remarks:** *If previously reported and no change since, so state.*



**AAC/ACAA**  
**FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE TË**  
**AVIACIONIT CIVIL**  
**APPLICATION FORM FOR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE**



**Forma e RSH-së sipas EASA MED 160**

**03-3.FMU/PT.001.FRM.001**

**(31) Deklaratë:** Unë deklaroj se kam shqyrtuar me kujdes deklaratat e bëra më lart dhe nën përgjegjësinë time të plotë, deklaroj se ato janë të plota dhe korrekte dhe se unë nuk kam mbajtur të fshehtë asnjë informacion të rëndësishëm ose nuk kam bërë ndonjë deklaratë të rreme. E kuptoj që, nëse kam bërë ndonjë deklaratë të gabuar ose të rreme në lidhje me këtë kërkesë, ose nuk kam lëshuar informacionin mjekësor mbështetës, autoriteti liçencues mund të refuzojë të më japë një certifikatë mjekësore ose mund të tërheqë çdo certifikatë mjekësore të dhënë, pa paragjykuar/cënuar çdo veprim tjetër të zbatueshëm sipas ligjit kombëtar.

*I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and that to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statement. I understand, that if I have made any false or misleading statement in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the Licensing Authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.*

**MIRATIM PËR DHËNIE TË INFORMACIONIT MJEKËSOR:** Ju lutemi lexoni deklaratën më poshtë në lidhje me shpërndarjen e informacionit. AAC e konsideron të rëndësishme sigurinë e informacionit tuaj personal. Informacioni iu zbulohet vetëm personave që u nënshtrohen një detyrimi konfidencialiteti dhe kur ekzistojnë masa të mjaftueshme sigurie për të mbrojtur të dhënat personale. Nëse nuk jeni dakord për zbulimin /shpërndarjen e informacionit siç përshkruhet më poshtë, mund të kontaktoni nëpërmjet adresës zyrtare të AAC-së.

**CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:** Please read the statement below in relation to disclosure of information. The ACAA takes the security of your personal information very seriously. Information is only disclosed to persons who are subject to a duty of confidentiality and where there are sufficient security measures in place to protect personal data. If you do not consent to the disclosure of information as described below, you may make representations to ACAA website

Me dorëzimin e këtij aplikimi, unë jap pëlqimin tim për shpërndarjen tek palët të treta të të gjitha informacioneve që unë i kam dhënë AAC-së dhe që kanë të bëjnë me mua. Unë e kuptoj që informacioni që do t'iu zbulohet vetëm palëve të treta nga AAC do të jetë vetëm për qëllime rregullatore. Kjo mund të përfshijë dhënie të informacionit profesionistëve të tjerë mjekësor, punonjësve administrativë dhe/ose punonjësve të IT-së që ndihmojnë AAC-në në realizimin e funksioneve të saj rregullatore, të cilëve iu jepet akses në informacionet personale në kuadër të ushtrimit të detyrave të tyre profesionale.

*In submitting this application, I am consenting to the disclosure to third parties of all information which I have provided to the CAA and that relates to me. I understand that information would only be disclosed to third parties by the CAA for regulatory purposes. This may include providing information to other medical professionals. Administrative workers and/or IT workers who are assisting the CAA with its regulatory functions may also be given access to personal information in the course of their professional duties.*



**AAC/ACAA**  
**FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE TË**  
**AVIACIONIT CIVIL**  
**APPLICATION FORM FOR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE**



**Forma e RSH-së sipas EASA MED 160**

**03-3.FMU/PT.001.FRM.001**

**FAQE INSTRUKTUESE PËR PLOTËSIMIN E FORMËS SË APLIKIMIT PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE TË AVIACIONIT CIVIL**

**INSTRUCTION PAGE FOR COMPLETION OF THE APPLICATION FORM FOR AN AVIATION MEDICAL CERTIFICATE**

Ky formular aplikimi dhe të gjitha format e raportit bashkëlidhur do të përcillen tek autoriteti liçencues. Konfidencialiteti mjekësor duhet të respektohet në çdo kohë.  
*This application form and all attached report forms will be transmitted to the licensing authority. Medical confidentiality shall be respected at all time s.*

Aplikanti duhet të plotësojë personalisht të gjitha pyetjet në Formën e Aplikimit. Shkrimi duhet të jetë me gërma të mëdha të shtypit duke përdorur një stilolaps me bojë si dhe të jetë i lexueshëm. Nëse nevojitet më shumë hapësirë për t'iu përgjigjur ndonjë pyetjeje, duhet të përdoret një fletë e thjeshtë letre, që mban emrin dhe nënshkrimin e aplikantit dhe datën e nënshkrimit. Instruksionet e mëposhtme me numra përdoren në të njëjtën temë me të njëjtin numër në Formën e Aplikimit.

*The applicant must personally complete in full all questions (boxes) on the Application Form. Writing must be in block capitals using a ball-point pen and be legible. Completion of this form by typing/printing is also acceptable. If more space is required to answer any question, use a plain sheet of paper bearing the information, your signature and the date signed. The following numbered instructions apply to the numbered headings on the application form.*

<p><b>Shënim:</b> Pamundësia për plotësimin e plotë të formularit të aplikimit, ose përdorimi i shkrimit të palexueshëm, mund të rezultojë në mospranim të formularit të aplikimit. Bërja e deklaratave të rreme ose mashtruese ose fshesja e informacionit përkatës në lidhje me këtë kërkesë mund të rezultojë në ndjekjen penale, mohimin e kësaj kërkesë dhe / ose tërheqjen e çdo çertifikate (ave) mjekësore të dhënë.</p> <p><b>NOTICE:</b> Failure to complete the application form in full or to write legibly will result in non-acceptance of the application form. The making of false or misleading statements or the withholding of relevant information in respect of this application may result in criminal prosecution, denial of this application and/or withdrawal of any medical certificate(s) granted.</p>	
<p><b>1. SHTETI KU APLIKOHET/STATE APPLIED TO:</b>  Deklaroni emrin e vendit ku do të dërgohet ky aplikim.  <i>State name of Country this application is to be forwarded to</i></p>	<p><b>17. APLIKIMI I FUNDIT MJEKSOR/LAST MEDICAL APPLICATION:</b>  Deklaroni (ditën, muajin, vitin) dhe vendin (qytetin, shtetin)  <i>State date (day, month, year) and place (Town, Country)</i>  Aplikantët fillestar vendosin "ASNJË"  <i>Initial applicants state "NONE"</i></p>
<p><b>2. KLASA E ÇERTIFIKATËS MJEKËSORE/CLASS OF MEDICAL CERTIFICATE:</b>  Shënoni kutinë përkatëse/ Tick appropriate box:  Klasa 1: Pilot profesional/Class 1: Professional Pilot  Klasa 2: Pilot Privat/Class 2: Private Pilot  _LAPL</p>	<p><b>18. LIÇENCA E AVIACIONIT E MBAJTUR/ AVIATION LICENCE HELD:</b>  Vendosni tipin e liçencës së mbajtur si përgjigje në Pyetjen (14).  Vendosni numrin e liçencës dhe shtetin e lëshimit. Nëse s'ka pasur një liçencë të mbajtur, deklarohet "ASNJË"  <i>State type of licences held as answered in Question (14). Enter licence number and State of issue for each licence. If no licences are held, state "NONE"</i></p>
<p><b>3. MBIEMRI/SURNAME</b>  Vendosni mbiemrin  <i>State Surname/Family name</i></p>	<p><b>19. NDONJË LIMITIM NË LIÇENCË APO ÇERTIFIKATË MJEKËSORE/ ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE/MEDICAL CERTIFICATE:</b>  Shënoni kutinë përkatëse dhe jepni detajet për ndonjë limitim në liçencën tuaj ose çertifikatën mjekësore, p.sh shikimi, shikimi i ngjyrave, pilot sigurie etj.  <i>Tick appropriate box and give details of any limitations on your licences / medical certificates, e.g. vision, colour vision, safety pilot, etc.</i></p>
<p><b>4. MBIEMRA TË MËPARSHËM /PREVIOUS SURNAM (S</b>  Nëse mbiemri ose emri i familjes suaj ka ndryshuar për ndonjë arsye, vendosni emra/mbiemrat e mëparshëm  <i>If your surname or family name has changed for any reason, state previous name(s)</i></p>	<p><b>20. MOHIMI OSE REVOKIMI I ÇERTIFIKATËS MJEKËSORE/ MEDICAL CERTIFICATE DENIAL OR REVOCATION:</b>  Vendosni "PO" në kuti nëse keni pasur ndonjëherë çertifikatë mjekësore të mohuar ose revokuar edhe nëse vetëm përkohësisht. Nëse "PO" vendosni datën (DD/MM/YYYY)  <i>Tick "YES" box if you have ever had a medical certificate denied or revoked even if only temporary. If "YES", state date (DD/MM/YYYY) and Country where occurred</i></p>
<p><b>5. EMRA TË NDËRMJETËM /FORENAMES:</b>  Vendosni emrin e parë dhe të mesëm (maksimumi tre)  <i>State first and middle names (maximum three)</i></p>	<p><b>21. KOHA TOTALE E FLUTURIMIT TË PILOTIT/ PILOT FLIGHT TIME TOTAL:</b>  Vendosni numrin total të orëve të fluturimit  <i>State total number of hours flown</i></p>
<p><b>6. DATA E LINDJES/ DATE OF BIRTH:</b>  Specifikoni sipas rendit Dita(DD), Muaji(MM), Viti(YYYY) me numra.  <i>Specify in order Day(DD), Month(MM), Year(YYYY) in numerals, e.g. 31-01-1990</i></p>	<p><b>22. KOHA E FLUTURIMIT E PILOTIT QË NGA EKZAMINIMI MJEKËSOR I FUNDIT/ PILOT FLIGHT TIME SINCE LAST MEDICAL:</b>  Vendosni numrin e orëve të fluturimit që nga ekzaminimi mjekësor i fundit.  <i>State number of hours flown since your last medical examination</i></p>
<p><b>7. GJINIA/SEX:</b>  Shënoni kutinë përkatëse  <i>Tick appropriate box</i></p>	<p><b>23. AVIONI QË FLUTURONI MOMENTALISHT/AIRCRAFT PRESENTLY FLOWN:</b>  Vendosni emrin e avionit që fluturon, p.sh Boeing 737, Cessna 150, etj  <i>State name of principal aircraft flown, e.g. Boeing 737, Cessna 150, etc.</i></p>



# AAC/ACAA

## FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE TË AVIACIONIT CIVIL

### APPLICATION FORM FOR AVIATION MEDICAL CERTIFICATE



**Forma e RSH-së sipas EASA MED 160**

**03-3.FMU/PT.001.FRM.001**

<b>8. VENDI I LINDJES/ PLACE OF BIRTH:</b> Vendosni qytetin dhe shtetin e lindjes <i>State Town and Country of birth</i>	<b>24. AKSIDENTE/INCIDENTE ME AVIONIN/ AIRCRAFT ACCIDENT/INCIDENT:</b> Nëse "PO" shëno në kutinë përkatëse Datën(DD,MM,YYYY) dhe vendin e aksidentit/incidentit <i>If "YES" box ticked, state Date (DD/MM/YYYY) and Country of accident/incident</i>
<b>9. KOMBËSIA/ NATIONALITY:</b> Vendosni emrin e shtetit ku jeni qytetar <i>State name of Country of citizenship</i>	<b>25. TIPI QË DO TË FLUTURON/TYPE OF FLYING INTENDED:</b> Vendosni nëse është linjë ajrore, transport ajror tregtar me pilot të vetëm i cili mban pasagjerë, agrikulturë, etj. <i>State whether airline, charter, single-pilot commercial air transport carrying passengers, agriculture, pleasure, etc.</i>
<b>10. ADRESA/ PERMANENT ADDRESS:</b> Vendosni adresën postare të përhershme dhe shtetin. Shënoni kodin telefonik të zonës ashtu dhe numrin <i>State permanent postal address and country. Enter telephone area code as well as number</i>	<b>26. AKTIVITETI FLUTURUES I MOMENTIT/PRESENT FLYING ACTIVITY:</b> Shënoni kutizën e duhur për të treguar nëse fluturon si pilot i vetëm ose jo. <i>Tick appropriate box to indicate whether you fly as the SOLE pilot or not</i>
<b>11. ADRESA POSTARE/POSTAL ADDRESS:</b> Nëse ndryshon nga adresa e përhershme, shkruajeni adresën e plotë postare aktuale duke përfshirë numrin e telefonit dhe kodin e zonës. Nëse është e njëjtë shkruani "E njëjtë" <i>If different from permanent address, state full current postal address including telephone number and area code. If the same, enter "SAME"</i>	<b>27. A PINI ALKOOL?/DO YOU DRINK ALCOHOL?</b> Shënoni në kutinë përkatëse. Nëse "PO", shënoni sasinë javore të konsumit p.sh 2 litra birrë. <i>Tick applicable box. If "YES", state weekly alcohol consumption, e.g. 2 liters beer</i>
<b>12. APLIKIMI/APPLICATION:</b> Plotësoni kutinë përkatëse <i>Tick appropriate box</i>	<b>28. A PËRDORNI MOMENTALISHT NDOJË MEDIKAMENT? / DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION?:</b> Nëse "PO", jepni detaje të plota - emrin, sasinë që merrni dhe kur etj. Përfshini çdo medikament pa recetë mjekësore. <i>If "YES", give full details - name, how much you take and when, etc. Include any non-prescription medication</i>
<b>13. NUMRI I REFERENCËS/ REFERENCE NUMBER:</b> Vendosni numrin e referencës të caktuar për ju nga Autoriteti i Aviacionit Kombëtar. Aplikantët fillestarë të vendosin "ASNJE". <i>State Reference Number allocated to you by your National Aviation Authority. Initial Applicants enter "NONE"</i>	<b>29. A PINI DUHAN?/ DO YOU SMOKE TOBACCO?:</b> Shënoni kutizën e aplikueshme. Duhanpirësit vendosin tipin (cigare, puro, llullë) dhe sasinë (p.sh. 2 cigare në ditë; duhan me llullë – 10gr. Në javë etj.). <i>Tick applicable box. Current smokers state type (cigarettes, cigars, pipe) and amount (e.g. 2 cigars daily, pipe – 1 oz. weekly)</i>
<b>14. TIPI I LICENCËS PËR TË CILËN APLIKOHET OSE (SYNONI TË APLIKONI) : /TYPE OF LICENCE APPLIED FOR (OR INTENDED):</b> Vendosni tipin e licencës për të cilën aplikohet, nga lista e mëposhtme: / State type of licence applied for from the following list: Licencë Transporti për Pilotë për Avionë/ <i>Aeroplane Transport Pilot Licence.</i> Licencë Piloti Tregtare me IR/ <i>Commercial Pilot Licence/Instrument Rating</i> Licencë Piloti Tregtare/ <i>Commercial Pilot Licence</i> Licencë Private Piloti me IR/ <i>Private Pilot Licence/Instrument Rating</i> Pilot Privat/ <i>Private Pilot</i> Pilot Student/ <i>Student Pilot</i> Dhe nëse me krahë të fiksuar/ të rrotullueshëm/ ose të dyja <i>and whether Fixed Wing/ Rotary Wing/ Both</i>	<b>30. HISTORIK I PËRGJITHSHËM MJEKËSOR/ GENERAL MEDICAL HISTORY:</b> Të gjithë artikujt nën këtë nëntitull nga numri 101 deri në 179 duhet të kenë përgjigjen "PO" ose "JO". JU duhet të shënoni "PO" nëse keni pasur ndonjë gjendje mjekësore në jetën tuaj dhe të përshkruani gjendjen si dhe datën e përafërt në kutinë "30 SHËNIME". Të gjitha pyetjet e bëra janë me rëndësi nga pikëpamja mjekësore edhe pse kjo mund të mos jetë menjëherë e dukshme. Njësitë e numëruara nga 170 deri në 179 kanë të bëjnë me historikun e familjes aktual, ndërsa në njësitë e numëruara nga 150 deri në 151 duhet të përgjigjen vetëm gratë aplikante. <b>Nëse informacioni është raportuar në një formë tjetër aplikimi të mëparshëm dhe nuk ka pasur ndryshime në gjendjen tuaj, ju mund të deklaroni "Raportuar më parë; asnjë ndryshim që atëherë". Megjithatë, ju duhet gjithsesi të shkruani "Po" për gjëndjen. Mos raportoni sëmundje të zakonshme të rastësishme të tilla si ftohjet/gripi.</b> <i>All items under this heading from number 101 to 179 inclusive must have the answer "YES" or "NO" ticked. You MUST tick "YES" if you have ever had the condition in your life and describe the condition and approximate date in the "30. REMARKS" box. All questions asked are medically important even though this may not be readily apparent. Items numbered 170 to 179 relate to immediate family history whereas items numbered 150 to 151 must be answered by female applicants only.</i> <i>If information has been reported on a previous application form and there has been no change in your condition, you may state "Previously reported. No change since" However, you must still tick "YES" to the condition. Do not report occasional common illnesses such as colds</i>
<b>15. PUNËSIMI/ OCCUPATION:</b>	
<b>16. PUNEDHËNËSI/ EMPLOYER:</b> Nëse profesioni kryesor është pilot, atëherë vendosni emrin e punëdhënësit, ose nëse është vetë-punësim, deklaro "vetë". <i>If principal occupation is pilot, then state employer's name or if self-employed, state "self"</i>	<b>31. DEKLARIMI DHE PËLQIMI PËR TË MARRË DHE DHËNË INFORMACION: /DECLARATION AND CONSENT TO OBTAINING AND RELEASING INFORMATION:</b> Mos nënshkruani ose datoni këto deklaratat derisa t'ju tregohet ta bëni këtë nga AME i cili do të veprojë si dëshmitar dhe do të nënshkruajë në përputhje me rrethanat. <i>Do not sign or date these declarations until indicated to do so by the AME who will act as fitness and sign accordingly.</i>