



# AAC/ACAA

## FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE LAPL

### APPLICATION FORM FOR A LAPL MEDICAL CERTIFICATE



**O3-3.FMU/PT.001.FRM.002**

## FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE LAPL

*APPLICATION FORM FOR A LAPL MEDICAL CERTIFICATE*

Plotësoni këtë faqe me gërma të mëdha të shtypit-Referojuni udhëzimeve për plotësimin.

*Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions for completion.*

**MJEKËSORE NË KONFIDENCË/MEDICAL IN CONFIDENCE**

<b>(1) Shteti lëshues i liçencës:</b> <i>State of licence issue</i>		<b>(2) Çertifikata mjekësore për të cilën aplikohet:</b> <i>Medical certificate applied for</i> <span style="float: right;">LAPL</span>		
<b>(3) Mbiemri</b> <i>Surname:</i>		<b>(4) Mbiemra të mëparshëm</b> <i>Previous surname(s)</i>		<b>(12) Aplikim/Application:</b> Fillestar/Initial <input type="checkbox"/> Rivalidim/Rinovim <input type="checkbox"/> Revalidation/Renewal <input type="checkbox"/>
<b>(5) Emri (at)</b> <i>Forename(s)</i>		<b>(6) Dita e lindjes</b> <i>(dd/mm/yyyy)</i> <i>Date of birth(dd/mm/yyyy):</i>	<b>(7) Gjinia /Sex:</b> Mashkull/Male <input type="checkbox"/> Femër/Female <input type="checkbox"/>	
<b>(8) Vendi dhe shteti i lindjes</b> <i>Place and country of birth:</i>		<b>(9) Kombësia</b> <i>Nationality:</i>		<b>(13) Numri i referencës</b> <i>Reference number:</i>
<b>(10) Adresa e përhershme/ Permanent Adress:</b>  Shteti/Country: Nr. Telefoni/Telephone No: Cel./Mobile No.: E-mail:		<b>(11) Adresa postare (nëse është e ndryshme)</b> <i>Postal address (if different):</i>  Shteti/Country: Nr. Telefoni/Telephone No:		<b>(14) Tipi i Liçencës së kërkuar</b> <i>Type of licence applied for:</i>
<b>(18) Liçenca e mbajtur (tipi):</b> <i>Licence(s) held (type):</i> Nr., i Liçencës/Licence Number: Shteti i lëshimit/ State of issue:		<b>(19) Çdo limitim në Liçencë/Çertifikatë mjekësore të mbajtur</b> 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> <i>Details:</i>		
		<b>(20) A ju është mohuar, pezulluar, apo anuluar ndonjëherë çertifikata mjekësore nga ndonjë autoritet liçencues?</b> <i>Have you ever had a medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority?</i> Jo/No <input type="checkbox"/> Po/Yes <input type="checkbox"/> <b>Data/Date:</b> <b>Shteti/Country:</b> <b>Detaje/Details:</b>		<b>(21) Totali i kohës së fluturimit:</b> <i>Flight time total:</i>
		<b>(22) Koha e fluturimit që nga mjekësori i fundit:</b> <i>Flight time since last medical:</i>		
<b>(24) Ndonjë aksident ose incident i raportuar që nga mjekësori i fundit?</b> <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>Vendi/Place:</b> <b>Detaje/Details:</b>		<b>(25) Tipi i synuar i fluturimit:</b> <i>Type of flying intended:</i>		
<b>(27) A pini alkool?</b> <i>Do you drink alcohol?</i> <input type="checkbox"/> Po/Yes <input type="checkbox"/> Jo/No, sasia/amount		<b>(26) Aktiviteti aktual i fluturimit/ Present flying activity:</b> Me një pilot/Single pilot <input type="checkbox"/> Multi – pilot/Multi pilot <input type="checkbox"/>		
<b>(29) A pini duhan? / Do you smoke tobacco? <input type="checkbox"/> Jo, kurrë/No, never <input type="checkbox"/> Jo, data kur e keni lënë/ No, date stopped:  <input type="checkbox"/> Po, vendosni tipin dhe sasinë/Yes, state type and amount: </b>		<b>(28) A përdorni ndonjë ilaç, aktualisht?</b> <i>Do you currently use any medication?</i> Jo/No <input type="checkbox"/> Po/Yes <input type="checkbox"/> <b>Vendosni dozën e mjekimit, datën e fillimit dhe pse:</b> <i>State medication, dose, date started and why:</i>		

**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	Historiku Familjar/Family history of:	Po/Yes	Jo/No
101 Shtetësimet 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>			170 Sëmundje të zemrës <i>Heart disease</i>
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 positive <i>A positive HIV test</i>			171 Presion i lartë i gjakut <i>High blood pressure</i>
			114 Dhimbje koke të forta/të shpeshta <i>Frequent or severe headaches</i>			125 Sëmundje seksualisht të transmetuara <i>Sexually transmitted disease</i>			172 Nivel i lartë i kolesterolit <i>High cholesterol level</i>
103 Ndryshimi i recetave të syzeve/ lenteve të kontaktit / që nga ekzaminimi i fundit mjekësor.			115 Marrje mendësh apo të fikët <i>Dizziness or fainting spells</i>			126 Sindrom të çrregullimit të gjumit/apnea <i>Sleep disorder/apnoea syndrome</i>			173 Epilepsi <i>Epilepsy</i>



# AAC/CAA

## FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE LAPL

### APPLICATION FORM FOR A LAPL MEDICAL CERTIFICATE



**O3-3.FMU/PT.001.FRM.002**

Spectacle/contact lens prescriptions change since last medical exam.		116 Humbje ndjenjash për çfarëdo arsye <i>Unconsciousness for any reason</i>		127 Sëmundja / dëmtimi muskuloskeletik <i>Musculoskeletal illness/impairment</i>		174 Sëmundje mendore <i>Mental illness</i>
104 Ethet Hey, alergji të tjera <i>Hay fever, other allergy</i>		117 Çrregullime neurologjike; iktus, epilepsi, konvulsione, paralizë, etj. <i>Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc</i>		128 Çdo sëmundje ose lëndim tjetër <i>Any other illness or injury</i>		175 Diabet <i>Diabetes</i>
105 Astma, sëmundje të mushkërive <i>Asthma, lung disease</i>			129 Shtrim në spital <i>Admission to hospital</i>			176 Tuberkuloz <i>Tuberculosis</i>
106 Probleme të zemrës ose vaskulare <i>Heart or vascular trouble</i>		118 Shqetësime psikologjike /psikiatrike të çfarëdo lloji <i>Psychological/psychiatric trouble of any sort</i>		128 130 Vizita në mjekë të përgjithshëm që nga mjekimi i fundit <i>Visit to medical practitioner since last medical examination</i>		177 Allergji/astma/eczema <i>Allergy/asthma/eczema</i>
107 Tension i lartë ose i ulët i gjakut <i>High or low blood pressure</i>			178 Çrregullime të trashëguara <i>Inherited disorders</i>			
108 Gurë në veshka apo gjak në urinë <i>108 Kidney stone or blood in urine</i>		119 Alkool/droga/ abuzim me substanca <i>Alcohol/drug/substance abuse</i>		129 131 Refuzim i sigurimit të jetës <i>Refusal of life insurance</i>		179 Glaukoma <i>Glaucoma</i>
109 Diabes, çrregullim hormonal <i>Diabetes, hormone disorder</i>		120 Tentim për vetëvrasje. <i>Attempted suicide</i>		130 132 Refuzim i Liçencës së fluturimit <i>Refusal of flying licence</i>		<b>Vetëm Femrat/ Females only:</b>
110 Shqetësime të stomakut, mëlcçsë apo intestinale <i>Stomach, liver or intestinal trouble</i>		121 Çrregullime të lëvizjes lidhur me ndonjë mjekim <i>Motion sickness requiring medication</i>		132 133 Refuzimi mjekësor nga ose për shërbimin ushtarak <i>Medical rejection from or for military service</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>		134 Dhënie pensioni ose kompensimi për lëndime apo sëmundje <i>Award of pension or compensation for injury or illness</i>		151 A jeni shtatzënë? <i>Are you pregnant?</i>

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

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

(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 parajgykuar/cënuar çdo veprim tjetër të zbatueshëm sipas ligjit kombëtar.

**PËLQIMI PËR DHËNIEN E INFORMACIONIT MJEKËSOR:** Ju lutemi lexoni deklaratën më poshtë në lidhje me shpërndarjen e informacionit. AAC konsideron me shumë seriozitet 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 bëni deklaratë në [info@caa.gov.al](mailto:info@caa.gov.al)

**Në paraqitjen e kësaj kërkesë, 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 ofrimin e informacionit për profesionistë të tjerë mjekësorë. Punonjësve administrativë dhe / ose punonjësve të IT-së që ndihmojnë AAC-në në funksionet e saj rregullatore, gjithashtu mund t'iu jepet qasje në informacione personale gjatë detyrave të tyre profesionale. Vëmendja ime është tërhequr nga Njoftimi për Përpunimin e Drejtë të Sektorit që shqyrton përshatshmërinë mjekësore të Ekuipazhit Ajror, në drejtorinë DMSOVA të AAC-së, i cili është publikuar në faqen zyrtare të AAC-së. "**

.....  
Datë

.....  
Firma e aplikantit

.....  
Firma e GP/AME

.....  
AME /GMC No

(31) Declaration: I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements 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.

**CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:** Please read the statement below in relation to disclosure of information. The CAA 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 [info@caa.gov.al](mailto:info@caa.gov.al)

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.

My attention has been drawn to the Department's Fair Processing Notice examining the medical suitability of the Air Crew in the CAA's DMSOVA directory which is published on the CAA's website. "

.....  
Date

.....  
Signature of applicant

.....  
Signature of GP/AME

.....  
AME /GMC No



# AAC/ACAA

## FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE LAPL

### APPLICATION FORM FOR A LAPL MEDICAL CERTIFICATE



**O3-3.FMU/PT.001.FRM.002**

#### INSTRUKSIONE PËR PLOTËSIMIN E FORMËS SË APLIKIMIT PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE LAPL

Konfidencialiteti mjekësor do të respektohet në çdo kohë.

Aplikanti duhet të plotësojë, personalisht, të gjitha pyetjet (pjesët) në formularin e aplikimit. Shkrimi duhet të jetë i lexueshëm dhe me gërma të mëdha të shtypit, duke përdorur një stilolaps. Plotësimi i kësaj forme me anë të printimit / i shtypur, është gjithashtu i pranueshëm. Nëse kërkohet 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. Udhëzimet e mëposhtme të numëruara vlejën për titujt e numëruar në formularin e aplikimit për një çertifikatë mjekësore.

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 fshehja 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.

#### INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE APPLICATION FORM FOR A LAPL MEDICAL CERTIFICATE

*Medical confidentiality shall be respected at all times.*

*The applicant should personally complete, in full, all questions (sections) on the application form. Writing should be legible and in block capitals, using a ball-point pen. Completion of this form by typing/printing is also acceptable. If more space is required to answer any questions, a plain sheet of paper should be used, bearing the applicant's name and signature, and the date of signing. The following numbered instructions apply to the numbered headings on the application form for a medical certificate.*

*Failure to complete the application form in full, or to write legibly, may 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><b>1. AUTORITETI LIÇENCUES:</b> Vendosni emrin e shtetit të cilit do t'i përcillet ky aplikim</p> <p><b>LICENSING AUTHORITY:</b> State name of country this application is to be forwarded to.</p>	<p><b>17. Aplikimi i fundit për një Çertifikatë mjekësore:</b> Vendosni datën (dita, muaji, viti) dhe vendin (qyteti, shteti) Aplikantët fillestarë vendosin "JO".</p> <p><b>LAST APPLICATION FOR A MEDICAL CERTIFICATE:</b> State date (day, month, year) and place (town, country) Initial applicants state 'NONE'.</p>
<p><b>2. ÇERTIFIKATA MJEKËSORE PËR TË CILËN APLIKOHET:</b> Para-plotësuar</p> <p><b>MEDICAL CERTIFICATE APPLIED FOR:</b> Pre-completed</p>	<p><b>18. TIPI I LIÇENCËS SË MBAJTUR:</b> Vendosni tipin e liçencës së mbajtur. Vendosni Nr. e Liçencës dhe shtetin e lëshimit. Nëse nuk ka liçenca të mbajtura, vendosni "Asnjë"</p> <p><b>LICENCE(S) HELD (TYPE):</b> State type of licence(s) held. Enter licence number and State of issue. If no licences are held, state 'NONE'</p>
<p><b>3. MBIEMRI:</b> Vendosni mbiemrin e familjes.</p> <p><b>SURNAME:</b> State surname/family name.</p>	<p><b>19. ÇDO LIMITIM NË LIÇENCË/ÇERTIFIKATË:</b> Shënoni kutizën përkatëse dhe jepni detaje të çdo limitimi në Liçencë/Çertifikatë mjekësore, p.sh. shikimi, shikimi me ngjyra, pilot i sigurisë etj.</p> <p><b>ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE(S)/MEDICAL CERTIFICATE:</b> Tick appropriate box and give details of any limitations on your licence(s)/medical certificate, e.g. vision, colour vision, safety pilot, etc.</p>
<p><b>4. MBIEMRI I MËPARSHËM:</b> Nëse mbiemri i familjes suaj ka ndryshuar për ndonjë arsye, vendosni mbiemrin (at) e mëparshëm.</p> <p><b>PREVIOUS SURNAME(S):</b> If your surname or family name has changed for any reason, state previous name(s)</p>	<p><b>20. ÇERTIFIKATË MJEKËSORE E MOHUAR, PEZULLUAR, ANULLUAR:</b> Shënoni me 'PO' kutizën nëse ju është mohuar, pezulluar, apo anuluar ndonjëherë çertifikata, edhe nëse vetëm përkohësisht. Nëse 'PO', përcaktoni datën (dd/mm/yyyy) dhe shtetin ku ka ndodhur.</p> <p><b>MEDICAL CERTIFICATE DENIAL, SUSPENSION OR REVOCATION:</b> Tick 'YES' box if you have ever had a medical certificate denied, suspended or revoked, even if only temporary. If 'YES', state date (dd/mm/yyyy) and country where it occurred.</p>
<p><b>5. EMRI:</b> Shënoni emrat e parë dhe të mesëm (tre maksimumi).</p> <p><b>FORENAMES:</b> State first and middle names (maximum three).</p>	<p><b>21. KOHA TOTALE E FLUTURIMIT:</b> Vendosni totalin e orëve të fluturimit.</p> <p><b>FLIGHT TIME TOTAL:</b> State total number of hours flown.</p>
<p><b>6. DATA E LINDJES:</b> Specifikoni në mënyrë dd / mm / yyyy.</p> <p><b>DATE OF BIRTH:</b> Specify in order dd/mm/yyyy.</p>	<p><b>22. KOHA E FLUTURIMIT QË NGA MJEKËSORI I FUNDIT:</b> Vendosni totalin e orëve të fluturimit që nga mjekësori i fundit.</p> <p><b>FLIGHT TIME SINCE LAST MEDICAL:</b> State number of hours flown since your last medical examination.</p>



**AAC/ACAA**  
**FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE LAPL**  
**APPLICATION FORM FOR A LAPL MEDICAL CERTIFICATE**



**Q3-3.FMU/PT.001.FRM.002**

<p><b>7. GJINIA:</b> Shënoni kutinë e duhur. <b>SEX:</b> Tick appropriate box.</p>	<p><b>23. KLASA/TIPI (ET) I AVIONIT QË FLUTUROHET/PILOTOHET AKTUALISHT:</b> Emri shtetëror i avionit kryesor të pilotuar, p.sh Cessna 150, planer etj. <b>AIRCRAFT CLASS/TYPE(S) PRESENTLY FLOWN:</b> State name of principal aircraft flown, e.g. Cessna 150, sailplane etc.</p>
<p><b>8. VENDI DHE SHTETI I LINDJES:</b> Shteti dhe vendi i lindjes. <b>PLACE AND COUNTRY OF BIRTH:</b> State town and country of birth.</p>	<p><b>24. ÇDO AKSIDENT APO INCIDENT I RAPORTUAR QË NGA EKZAMINIMI MJEKËSOR I FUNDIT:</b> Nëse shënohet kutiza "Po", përcaktoni datën (dd/mm/vvv) dhe shtetin e aksident/incidentit. <b>ANY AVIATION ACCIDENT OR REPORTED INCIDENT SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION:</b> If 'YES' box ticked, state date (dd/mm/yyyy) and country of accident/incident</p>
<p><b>9. KOMBËSIA:</b> Emri i vendit ku keni nënshtetësinë. <b>NATIONALITY:</b> State name of country of citizenship.</p>	<p><b>25. TIPI I FLUTURIMIT TË SYNUAR:</b> p.sh. fluturimet e lira/rekreative <b>TYPE OF FLYING INTENDED:</b> eg recreational</p>
<p><b>10. ADRESA E PËRHERSHME:</b> Vendosni adresën postare të përhershme dhe shtetin. Vendosni kodin telefonik të zonës dhe Nr.e telefonit. <b>PERMANENT ADDRESS:</b> State permanent postal address and country. Enter telephone area code as well as telephone number.</p>	<p><b>26. AKTIVITETI PREZENT I FLUTURIMIT:</b> Shënoni kutizën e duhur për të treguar nëse fluturoni si pilot i vetëm ose jo. <b>PRESENT FLYING ACTIVITY:</b> Tick appropriate box to indicate whether you fly as the SOLE pilot or not.</p>
<p><b>11. ADRESA POSTARE (NËSE ËSHTË E NDRYSHME)</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" <b>POSTAL ADDRESS (IF DIFFERENT):</b> If different from permanent address, state full current postal address including telephone number and area code. If the same, enter 'SAME'.</p>	<p><b>27. A PINI ALKOOL?</b> Shënoni kutizën e aplikueshme. Nëse "PO", shënoni sasinë javore të konsumit p.sh 2 litra birra. <b>DO YOU DRINK ALCOHOL?</b> Tick applicable box. If yes, state weekly alcohol consumption e.g. 2 litres beer.</p>
<p><b>12. APLIKIM:</b> Shënoni kutinë e duhur. <b>APPLICATION:</b> Tick appropriate box.</p>	<p><b>28. A PËRDORNI AKTUALISHT NDONJË MEDIKAMENT?:</b> Nëse "PO", jepni detaje të plota - emrin, sasinë që merrni dhe kur etj. Përfshini çdo medikament pa recetë mjekësore. <b>DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION?:</b> If 'YES', give full details - name, how much you take and when, etc. Include any non-prescription medication.</p>
<p><b>13. NUMER REFERENCE:</b> Vendosni numrin e referencës të caktuar për ju nga AAC. Aplikantët fillestarë të vendosin 'ASNJË'. <b>REFERENCE NUMBER:</b> State reference number allocated to you by the CAA. Initial applicants enter 'NONE'</p>	<p><b>29. A PINI DUHAN?</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.) <b>DO YOU SMOKE TOBACCO?</b> Tick applicable box. Current smokers state type (cigarettes, cigars, pipe) and amount (e.g. 2 cigars daily; pipe – 1 oz. weekly)</p>
<p><b>14. TIPI I LIÇENCËS PËR TË CILËN APLIKOHET:</b> Vendosni tipin e liçencës për të cilën aplikohet, nga lista e mëposhtme: Aeroplan Helikopter Planer Balonë <b>TYPE OF LICENCE APPLIED FOR</b> State type of LAPL licence applied for from the following list: Aeroplane Helicopter Sailplane Balloon</p>	<p><b>30. HISTORIKU I PËRGJITHSHËM DHE MJEKËSOR</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 seksionin (30) të shënimeve. 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. Nëse informacioni është raportuar në një formë tjetër aplikimi të mëparshëm për një certifikatë mjekësore dhe nuk ka pasur ndryshime në gjendjen tuaj, ju mund të deklaroni "Raportuar</p>



**AAC/ACAA**  
**FORMË APLIKIMI PËR ÇERTIFIKATË MJEKËSORE LAPL**  
**APPLICATION FORM FOR A LAPL MEDICAL CERTIFICATE**



**03-3.FMU/PT.001.FRM.002**

<p><b>15. PUNËSIMI (KRYESOR):</b> Tregoni punësimin kryesor. <b>OCCUPATION (PRINCIPAL):</b> <i>Indicate your principal employment</i></p>	<p>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.</p>
<p><b>16. PUNËDHËNËSI:</b>  Nëse profesioni kryesor është pilot, atëherë vendosni emrin e punëdhënësit, ose nëse i vetëpunësuar, vendosni ‘vetë’.</p> <p><b>EMPLOYER:</b> If principal occupation is pilot, then state employer’s name or if self-employed, state ‘self’.</p>	<p><b>GENERAL AND MEDICAL HISTORY</b> <i>All items under this heading from number 101 to 179 inclusive should have the answer ‘YES’ or ‘NO’ ticked. You should tick ‘YES’ if you have ever had the condition in your life and describe the condition and approximate date in the (30) remarks section. All questions asked are medically important even though this may not be readily apparent.</i></p> <p><i>Items numbered 170 to 179 relate to immediate family history, whereas items numbered 150 to 151 should be answered by female applicants only. If information has been reported on a previous application form for a medical certificate and there has been no change in your condition, you may state ‘Previously reported; no change since’. However, you should still tick ‘YES’ to the condition. Do not report occupational illnesses unless you are asked to do so.</i></p>
	<p><b>31. DEKLARATA DHE PËLQIMI PËR TË MARRË DHE DHËNË INFORMACION:</b> Mos nënshkruani ose datoni këto deklarata derisa t’ju tregohet ta bëni këtë nga GP i cili do të veprojë si dëshmitar dhe do të nënshkruajë në përputhje me rrethanat.</p> <p><b>DECLARATION AND CONSENT TO OBTAINING AND RELEASING INFORMATION:</b> <i>Do not sign or date these declarations until indicated to do so by the GP who will act as witness and sign accordingly.</i></p>