



AAC/ACAA
Transferimi i Rekordëve Mjekësore në Seksionin
Aeromjekësor të AAC-së



Transfer of Medical Records to the AAC Aeromedical
Section (AMS)

03-3.FMU/PT.001.FRM.007

MJEKËSORE NË KONFIDENCË

MEDICAL IN CONFIDENCE

FORMË PËR TRANSFERIMIN E REKORDEVE MJEKËSORE NDËRMJET
SEKTORËVE MJEKËSOR TË AUTORITETEVE LIÇENCUESE.

FORM FOR THE TRANSFER OF MEDICAL RECORDS BETWEEN MEDICAL
SECTIONS OF LICENSING AUTHORITIES.

Jeni të lutur të plotësoni këtë formë me shkronja të mëdha të shtypit duke përdorur bojë blu ose të zezë.
 Please complete the form in block capitals using black or blue ink.

AUTORIZIMI NGA APLIKANTI

Unë, (Emri i aplikantit) jap miratimin që të dhënat e mia aeromjekësore të transferohen midis Seksioneve Mjekësore të Autoriteteve të Liçencimit të përmendur më poshtë dhe pranoj përgjegjësinë për çdo tarifë për përkthimin ose transferimin e të dhënave të mia.

CONSENT BY APPLICANT

I, (Name of applicant) consent to my aeromedical records being transferred between the Authority Medical Sections of the Licensing Authorities stated below and accept responsibility for any fees incurred in translating or transferring my records.

Firma/Signature.....

Data/Date.....

Ju lutemi të vini re:

Vetëm gjuha shqipe / anglisht pranohet, çdo tarifë e përdorur për përkthime është përgjegjësi e Aplikantit

Please note:

Only Albanian/English Language accepted, any charges incurred for translations are the responsibility of the Applicant

NJËSIA ITEM	PËRSHKRIMI DESCRIPTION	KJO FAQE DUHET PLOTËSUAR NGA APLIKANTI THIS PAGE TO BE COMPLETED BY APPLICANT
1.	Shteti i transferimit për: <i>State of Transfer TO:</i> Adresa: <i>Address:</i> Telefoni <i>Telephone:</i> Email:	
2.	Shteti i transferimit nga: <i>State of Transfer FROM:</i> Adresa: <i>Address</i> Telefoni: <i>Telephone:</i> Email:	



AAC/ACAA
Transferimi i Rekordeve Mjekësore në Seksionin
Aeromjekësor të AAC-së

Transfer of Medical Records to the AAC Aeromedical
Section (AMS)



O3-3.FMU/PT.001.FRM.007

3.	Emri i plotë i aplikantit <i>Full name of holder</i>	
4.	Adresa e aplikantit <i>Address of holder</i> Telefoni <i>Telephone:</i> Email:	
5.	Data e lindjes (dd/mm/vvvv) <i>Date of Birth (dd/mm/yyyy)</i>	
6.	Kombësia e mbajtësit <i>Nationality of holder</i>	
7.	Numri i Referencës <i>Reference Number</i>	
8.	Liçenca e mbajtur (ATPL/CPL/PPL etj) <i>Licences held:</i>	Kufizimet ose limitimet (nëse ka) <i>Restrictions or limitations (if any)</i>



AAC/ACAA

Transferimi i Rekordëve Mjekësore në Seksionin Aeromjekësor të AAC-së

Transfer of Medical Records to the AAC Aeromedical Section (AMS)



O3-3.FMU/PT.001.FRM.007

LIST-KONTROLI I DOKUMENTAVE

Document Checklist

Ju lutemi përdorni këtë faqe për të kontrolluar nëse i përmbushni të gjitha kërkesat përpara se të aplikoni.

Please use this page to check you have fulfilled all the requirements before applying.

Ju lutemi që seksioni i dhënies së pëlqimit në krye të formës SOLI (Shteti i Lëshimit të Liçencës) të plotësohet dhe firmoset nga aplikanti.

Please ensure that the consent section on the top of the SOLI (State of License Issue) form has been completed and signed by the applicant.

Është siguruar dokumentacioni si në vijim:

The following documentation has been provided:

- Forma e fundit e aplikimit për një çertifikatë mjekësore (forma zyrtare sipas EASA-s.) Raporti i fundit i ekzaminimit mjekësor. (Sipas formës zyrtare të EASA-s)

Last application form for a medical certificate (official JAR or EASA form) Last medical examination report (official JAR or EASA form)

- Çertifikata e fundit mjekësore (kopje e pjesës së përparme dhe të pasme) (sipas formës zyrtare të EASA-s) ECG e fundit

Last medical certificate (copy of front and back) (official JAR or EASA form) Last ECG

- Vlerësimi i fundit oftalmologjik (nëse aplikohet) (EASA)

Last ophthalmological examination report (if applicable) (EASA)

- Vlerësimet mbështetëse aeromjekësore dhe raportet klinike lidhur me historikun mjekësor të aplikantit.

Supporting aeromedical assessments and clinical reports relevant to the applicant's medical history.

- Ekziston një numër gabimesh të zakonshme kur kërkohet transferimi i të dhënave mjekësore.

Për të plotësuar aplikimin e rregullt, ju lutemi sigurohuni që:

There are a number of common errors when requesting a Transfer of Medical Records. In order to complete a smooth application please ensure:

- Përmbledhja e historikut përkatës mjekësor të jetë plotësuar në formën SOLI;
Summary of relevant medical history has been completed on the SOLI form;
- Të jenë bashkëlidhur vlerësimet aeromjekësore mbështetëse dhe raportet klinike;
Supporting aeromedical assessment and clinical reports are enclosed;
- Vlerësimet aeromjekësore/raportet klinike të jenë përkthyer në Shqip/Englisht
Aeromedical assessment/clinical reports have been translated into Albanian/English;
- Forma SOLI të jetë firmosur, vulosur dhe datuar nga **Vlerësuesi Aeromjekësor**.
*The SOLI form has been signed, stamped and dated by a **Medical Assessor**;*
- Detajet e plota të aplikantit të tregohen në formën SOLI; p.sh. adresa e e-mail, Nr. aktual i telefonit dhe adresa postare
Full contact details for the applicant are stated on the SOLI form, i.e. email address, current telephone number and postal address;
- Të vendoset data e konfirmimit të ekzaminimit fillestar të Klasës 1/2.
Confirmation of initial Class 1/2 examination date has been entered;



AAC/ACAA

Transferimi i Rekordëve Mjekësore në Seksionin Aeromjekësor të AAC-së



Transfer of Medical Records to the AAC Aeromedical Section (AMS)

O3-3.FMU/PT.001.FRM.007

NJËSIA ITEM	HISTORIKU MJEKËSOR QË DO TË PLOTËSOHET NGA VLERËSUESI MJEKËSOR I AUTORITETIT TRANSFERUES <i>MEDICAL HISTORY TO BE COMPLETED BY MEDICAL ASSESSOR OF TRANSFERRING AUTHORITY</i>			
	Cdo Shtet i mëparshëm i lëshimit të liçencës para Shtetit aktual (ose ku janë mbajtur rekordet mjekësore) <i>Any previous State(s) of Licence Issue prior to current State (or where medical records have been held)</i>	Po Yes	Jo No	vendosni detaje <i>enclose details</i>
	Periudha e mbajtjes së rekordëve mjekësore <i>Period of Medical Records Held</i>	Nga	Deri	
		From	To	
	Nëse nuk ka hapësirë të mjaftueshme në këtë formë për çdo informacion, ju lutemi përdorni faqe shtesë <i>If there is insufficient space on this form for any information, please use additional pages.</i>			
	Kopjet e formave të raporteve aeromjekësore duhet të bashkëlidhen në këtë formë <i>Copies of the applicant's Aeromedical records should be enclosed with this form.</i>			
	Minimumi i dokumenteve të kërkuara për transferim; <ul style="list-style-type: none"> • Kopja më e hershme e formës së aplikimit dhe raportit të ekzaminimit mjekësor; • Të gjitha format SOLI (dhe dokumentat mbështetëse) nga transferimet e mëparshme. • Përmbledhja e historikut mjekësor (shiko më poshtë) me vlerësimet mbështetëse aeromjekësore dhe raportet klinike • Kopje të elektrokardiogramit të fundit (vetëm klasa 1) • Kopje të çertifikatës aktuale mjekësore dhe formularëve mbështetës të aplikimit si dhe raportit të ekzaminimit. 			
	<i>The minimum documents required for transfer:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Copy of earliest available medical application and examination report forms • All SOLI forms (and supporting documents) from previous transfers. • Summary of medical history (see below) with supporting aeromedical assessments & clinical reports • Copy of latest electrocardiogram (class 1 only) • Copy of current medical certificate and supporting application and examination report forms. 			
	Përmbledhja e historikut mjekësor (me data) duke përfshirë kushtet përkatëse joaktive dhe kushtet aktive që kërkojnë ndjekje. <i>Summary of medical history (with dates) to include relevant inactive conditions and active conditions requiring follow-up.</i>			

VERIFIKIMI/VERIFICATION		
Unë (emri), Vlerësues Mjekësor i Autoritetit..... deklaroj se detajet e dhëna më sipër dhe në faqet shtesë të përfshira janë korrekte dhe të vërteta. <i>I (name), Medical Assessor of Authority certify that the details given above and on any additional pages included are true and correct.</i>		
Informacionet/të dhënat e mëtejshme janë të disponueshme mbi bazën e një kërkesë. <i>Further information/records are available on request</i>		
Data/Date: (dd/mm/yyyy)		
Firma/Signature	Data/Date (dd/mm/yyyy)	Vula e Vlerësuesit Aeromjekësor <i>Medical Assessor stamp</i>