



AAC/ACAA

FORMË APLIKIMI PËR RAPORT MJEKËSOR CC

APPLICATION FORM FOR A CC MEDICAL REPORT



03-3.FMU/PT.FRM.009

FORMË APLIKIMI PËR RAPORT MJEKËSOR CC

APPLICATION FORM FOR A CC MEDICAL REPORT

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

(1) Shteti lëshues i dëshmisë: <i>State of attestation issue</i>		(2) Raporti mjekësor për të cilin aplikohet: <i>Medical report applied for</i> CC	
(3) Mbiemri: <i>Surname:</i>		(4) Mbiemra të mëparshëm <i>Previous surname(s)</i>	
(5) Emri <i>Forename(s)</i>		(6) Data e lindjes (dd/mm/yyyy) <i>Date of birth(dd/mm/yyyy):</i>	
		(7) Gjinia/Sex: M a s h k u l l / Male <input type="checkbox"/> F e m ë r / Female <input type="checkbox"/>	
(8) Shteti dhe vendi i lindjes/ <i>Place and country of birth:</i>		(9) Kombësia/ <i>Nationality:</i>	
(10) Adresa e përhershme/ <i>Permanent address:</i>		(11) Adresa postare (nëse është e ndryshme) <i>Postal address (if different):</i>	
Shteti/ <i>Country:</i> Nr. Telefoni / <i>Telephone No:</i> Cel./ <i>Mobile No.:</i> E-mail:		Shteti/ <i>Country:</i> Nr. Telefoni / <i>Telephone No:</i>	
(18) Dëshmia që mbahet (tipi) <i>Attestation(s) held (type):</i> Numri i Dëshmisë <i>Attestation number:</i> Shteti lëshues/ <i>State of issue:</i>		(19) Çdo limitim në dëshminë/certifikatën mjekësore të mbajtur Po <input type="checkbox"/> Jo <input type="checkbox"/> <i>Any limitations on attestation(s)/medical certificate held</i> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detaje: <i>Details:</i>	
(20) A keni pasur ndonjëherë raport/certifikatë mjekësore të anuluar/pezulluar/ose mohuar nga ndonjë autoritet lëshues? <i>Have you ever had a medical certificate/report denied, suspended or revoked by any licensing authority?</i> Jo/No <input type="checkbox"/> Po/Yes <input type="checkbox"/> Data/Date : Shteti/Country: Detaje/ <i>Details:</i>		(21) Totali i kohës së fluturimit <i>Flight time total:</i>	
		(22) Koha e fluturimit që nga ekzaminimi i fundit <i>Flight time since last medical:</i>	
(24) Ndonjë aksident apo incident ajror të raportuar që nga ekzaminimi i fundit? <i>Any aviation accident or reported incident since last medical examination?</i> Jo/No <input type="checkbox"/> Po/Yes <input type="checkbox"/> Data/Date: Vendi/Place : Detaje/ <i>Details:</i>		(23) Tipi/Klasa e avionit që fluturohet aktualisht: <i>Aircraft class/type(s) presently flown:</i>	
(27) A pini alkool?/Do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> Jo/No <input type="checkbox"/> Po/Yes, sasia/amount		(26) Aktiviteti fluturues aktual <i>Present flying activity:</i>	
(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:		(28) A merrni ndonjë mjekim aktualisht/Do you currently use any medication? Jo/No <input type="checkbox"/> Po/Yes <input type="checkbox"/> Vendosni dozën e mjekimit, datën e fillimit dhe pse: <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).

Jo/No Po/Yes Jo/No Po/Yes Jo/No Po/Yes Jo/No **Historiku Familjar/Family history of:** Po/Yes

101 Shqetësim 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. <i>Spectacle/contact lens prescriptions change since last medical exam.</i>	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>
	116 Humbje ndjenjash për çfarëdo arsye <i>Unconsciousness for any reason</i>	127 Sëmundja / dëmtimi muskuloskeletalik <i>Musculoskeletal illness/impairment</i>	174 Sëmundje mendore <i>Mental illness</i>



AAC/CAA

FORMË APLIKIMI PËR RAPORT MJEKËSOR CC

APPLICATION FORM FOR A CC MEDICAL REPORT



03-3.FMU/PT.FRM.009

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>Kidney stone or blood in urine</i>		119 Alkool/droga/ abuzim me substancë 119 Alcohol/drug/substance abuse	129 131 Refuzim i sigurimit të jetës <i>Refusal of life insurance</i>	179 Glaukoma <i>Glaucoma</i>
109 Diabet, 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>	Vetëm Femrat/ Females only:
110 Shqetësime të stomakut, mëlçësë 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) **Deklarata:** Deklaroj se kam shqyrtuar me kujdes deklaratat e bëra më lart dhe në emrin tim garantoj se ato janë të plota dhe korrekte dhe se nuk kam mbajtur të fshehur ndonjë informacion të rëndësishëm ose nuk kam bërë ndonjë deklaratë të rreme. Unë e kuptoj se nëse kam bërë ndonjë deklaratë false ose mashtruese në lidhje me këtë kërkesë ose nëse nuk kam deklaruar informacionin mbështetës mjekësor, autoriteti liçencues mund të refuzojë të më japë certifikatën mjekësore/raportin mjekësor ose mund të tërheqë çdo certifikatë/raport mjekësor të dhënë, pa paragjykuar/cënuar çdo veprim tjetër që zbatohet sipas ligjit kombëtar.
PËLQIMI PËR DHËNIEN E INFORMACIONIT MJEKËSOR: Ju lutemi lexoni deklaratën më poshtë në lidhje me shpërndarjen e informacionit. AAC ndërmerr sigurinë e informacionit tuaj personal shumë seriozisht. Informacioni iu zbulohet vetëm personave që u nënshtrohen një detyre konfidencialiteti dhe kur ekzistojnë masa të mjaftueshme të sigurisë për të mbrojtur të dhënat personale. Nëse ju nuk pajtoheni për shpërndarjen e informacionit siç përshkruhet më poshtë, ju mund të bëni përfaqësime për sektorin e liçencimit të personelit ajror në AAC.

(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 acaa, aircrew licensing sector.

Me dorëzimin e këtij aplikimi, unë jap pëlqimin tim për shpërndarjen tek palët e treta të të gjitha informacioneve që i kam vënë në dispozicion 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 e informacioneve profesionistëve të tjerë mjekësorë. Gjithashtu, mund t' u jepet akses në informacionet personale punonjësve të administratës dhe / ose punonjësve të IT-së të cilët ndihmojnë AAC-në me funksionet e saj rregullatore.
Faqa e internetit e AAC-së do të jetë në qendër të vëmendjes sime lidhur me publikimet e proceseve të Sektorit Aeromjekësor.

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 CAA Medical Department's Fair Processing Notice which is published on the CAA's website."

.....
Data
Date

.....
Firma e aplikantit
Signature of applicant

.....
Firma e GP/AME
Signature of GP/AME

.....
AME/GMC No



AAC/ACAA
FORMË APLIKIMI PËR RAPORT MJEKËSOR CC
APPLICATION FORM FOR A CC MEDICAL REPORT



O3-3.FMU/PT.FRM.009

INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE APPLICATION FORM FOR CC MEDICAL Report

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>1. LICENSING AUTHORITY: State name of country this application is to be forwarded to.</p>	<p>17. LAST APPLICATION FOR A MEDICAL Report/certificate: State date (day, month, year) and place (town, country) Initial applicants state 'NONE'.</p>
<p>2. MEDICAL report APPLIED FOR: Pre-completed</p>	<p>18. Attestation(S) HELD (TYPE): State type of attestation(s) held. Enter attestation number and State of issue. If no attestation are held, state</p>
<p>3. SURNAME: State surname/family name.</p>	<p>19. ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE(S)/MEDICAL REPORT/ CERTIFICATE: Tick appropriate box and give details of any limitations on your attestation(s)/medical report, e.g. vision, colour vision, etc.</p>
<p>4. PREVIOUS SURNAME(S): If your surname or family name has changed for any reason, state previous name(s).</p>	<p>20. MEDICAL REPORT DENIAL, SUSPENSION OR REVOCATION: Tick 'YES' box if you have ever had a medical report denied, suspended or revoked, even if only temporary. If 'YES', state date (dd/mm/yyyy) and country where it occurred.</p>
<p>5. FORENAMES: State first and middle names (maximum three).</p>	<p>21. FLIGHT TIME TOTAL: State total number of hours flown.</p>
<p>6. DATE OF BIRTH: Specify in order dd/mm/yyyy.</p>	<p>22. FLIGHT TIME SINCE LAST MEDICAL: State number of hours flown since your last medical examination.</p>
<p>7. SEX: Tick appropriate box.</p>	<p>23. AIRCRAFT CLASS/TYPE(S) PRESENTLY FLOWN: State name of principal aircraft flown, e.g. Cessna 150, sailplane etc.</p>
<p>8. PLACE AND COUNTRY OF BIRTH: State town and country of birth.</p>	<p>24. ANY AVIATION ACCIDENT OR REPORTED INCIDENT SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION: If 'YES' box ticked, state date (dd/mm/yyyy) and country of accident/incident.</p>
<p>9. NATIONALITY: State name of country of citizenship.</p>	<p>25. TYPE OF FLYING INTENDED: eg recreational</p>
<p>10. PERMANENT ADDRESS: State permanent postal address and country. Enter telephone area code as well as telephone number.</p>	<p>26. PRESENT FLYING ACTIVITY: Tick appropriate box to indicate whether you fly as the single CCM or not</p>
<p>11. POSTAL ADDRESS (IF DIFFERENT): If different from permanent address, state full current postal address including telephone number and area code. If the same, enter 'SAME'.</p>	<p>27. DO YOU DRINK ALCOHOL? Tick applicable box. If yes, state weekly alcohol consumption e.g. 2 litres beer.</p>
<p>12. APPLICATION: Tick appropriate box.</p>	<p>28. DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION?: If 'YES', give full details - name, how much you take and when, etc. Include any non-prescription medication.</p>
<p>13. REFERENCE NUMBER: State reference number allocated to you by the competent authority (AL CAA) Initial applicants enter 'NONE'.</p>	<p>29. DO YOU SMOKE TOBACCO? Tick applicable box. Current smokers state type (cigarettes, cigars, pipe) and amount (e.g. 2 cigars daily; pipe – 1 oz. weekly)</p>
<p>14. TYPE OF ATTESTATION APPLIED FOR: State type of Attestation applied for from the following list: Aeroplane Helicopter</p>	<p>GENERAL AND MEDICAL HISTORY 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. 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</p>
<p>15. OCCUPATION (PRINCIPAL): Indicate your principal employment.</p>	



AAC/ACAA
FORMË APLIKIMI PËR RAPORT MJEKËSOR CC
APPLICATION FORM FOR A CC MEDICAL REPORT



O3-3.FMU/PT.FRM.009

16. EMPLOYER: If principal occupation is CCM, then state employer's name	'Previously reported; no change since'. However, you should still tick 'YES' to the condition. Do not report occasional common illnesses such as colds.
	31. DECLARATION AND CONSENT TO OBTAINING AND RELEASING INFORMATION: Do not sign or date these declarations until indicated to do so by the GP who will act as witness and sign accordingly.



AAC/ACAA
FORMË APLIKIMI PËR RAPORT MJEKËSOR CC
APPLICATION FORM FOR A CC MEDICAL REPORT



O3-3.FMU/PT.FRM.009

FAQE INSTRUKTUESE PËR PLOTËSIMIN E FORMËS SË APLIKIMIT PËR RAPORTIN MJEKËSOR TË EKUIPAZHIT TË KABINËS (CC)

Konfidencialiteti mjekësor duhet të respektohet në çdo kohë.

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 letrë, 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.

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 certifikate (ave) mjekësore të dhënë.

<p>1. SHTETI KU APLIKOHET Deklaroni emrin e shtetit ku do të dërgohet ky aplikim</p>	<p>17. APLIKIMI I FUNDIT MJEKËSOR: Deklaroni (ditën, muajin, vitin) dhe vendin (qytetin, shtetin) Aplikantët fillestarë vendosin "ASNJE".</p>
<p>2. RAPORTI MJEKËSOR PËR TË CILIN APLIKOHET: Plotësuar paraprakisht</p>	<p>18. DËSHMIA E MBAJTUR: Vendosni tipin e liçencës së mbajtur si përgjigje në Pyetjen (14). Vendosni numrin e liçencës dhe shtetin e lëshimit. Nëse s'ka pasur anjë liçencë të mbajtur, deklarohej "ASNJE"</p>
<p>3. MBIEMRI Vendosni mbiemrin</p>	<p>19. NDNONJE LIMITIM NË DËSHMI APO RAPORT MJEKËSOR: Shënoni kutinë përkatëse dhe jepni detajet për ndonjë limitim në liçencën tuaj ose raportin mjekësor, p.sh shikimi, ngjyrat etj.</p>
<p>4. MBIEMRA TË MËPARSHËM Nëse mbiemri ose emri i familjes suaj ka ndryshuar për ndonjë arsye, vendosni emra/mbiemrat e mëparshëm.</p>	<p>20. MOHIMI OSE REVOKIMI I ÇERTIFIKATËS/RAPORTIT MJEKËSOR: Vendosni "PO" në kuti nëse keni pasur ndonjëherë certifikatë mjekësore të mohuar ose revokuar edhe nëse vetëm përkohësisht. Nëse "PO" vendosni datën (DD/MM/YYYY)</p>
<p>5. EMRI: Vendosni emrin e parë dhe të mesëm (maksimumi tre)</p>	<p>21. KOHA TOTALE E FLUTURIMIT: Vendosni numrin total të orëve të fluturimit</p>
<p>6. DATA E LINDJES: Specifikoni sipas rendit Dita(DD), Muaji(MM), Viti(YYYY) me numra..</p>	<p>22. KOHA E FLUTURIMIT QË NGA EKZAMINIMI MJEKËSOR I FUNDIT: Vendosni numrin e orëve të fluturimit që nga ekzaminimi mjekësor i fundit</p>
<p>7. GJINIA: Shënoni kutinë përkatëse</p>	<p>23. AVIONI QË FLUTURONI MOMENTALISHT: Vendosni emrin e avionit që fluturoni, p.sh Boeing 737, etj.</p>
<p>8. VENDI I LINDJES: Vendosni qytetin dhe shtetin e lindjes</p>	<p>24. AKSIDENTE/INCIDENTE ME AVIONIN: Nëse "PO" shëno në kutinë përkatëse Datën(DD,MM,YYYY) dhe vendin e aksidentit/incidentit</p>
<p>9. KOMBËSIA: Vendosni emrin e shtetit ku jeni qytetar.</p>	<p>25. TIPI QË DO TË FLUTURONI:</p>
<p>10. ADRESA: Vendosni adresën postare dhe shtetin. Shënoni kodin telefonik të zonës ashtu dhe numrin e telefonit.</p>	<p>26. AKTIVITETI FLUTURUES I MOMENTIT: Shënoni kutinë e duhur nëse ju fluturoni si CCM i vetëm ose jo</p>
<p>11. ADRESA POSTARE (NËSE ËSHTË E NDRYSHME): Nëse është e ndryshme nga adresa e përhershme, vendosni adresën e plotë postare aktuale duke përfshirë numrin e telefonit dhe kodin e zonës. Nëse është e njëjtë shkruani "E njëjtë"</p>	<p>27. A PINI ALKOOL? Shënoni në kutinë përkatëse "PO", vendosni pirjen e konsumit të alkoolit p.sh 2 l birrë</p>
<p>12. APLIKIMI: Plotësoni kutinë përkatëse</p>	<p>28. A PËRDORNI MOMENTALISHT NDNONJË MJEKIM?: Nëse "PO" jepni detaje të plota- emrin, sa pini dhe kur etj. Përfshini çdo ilaç pa recetë mjekësore.</p>
<p>13. NUMRI I REFERENCËS: Vendosni numrin e referencës të vendosur për ju nga Autoriteti i Aviacionit Kombëtar. Aplikantët fillestarë vendosin "Asnjë"</p>	<p>29. A PINI CIGARE? Duhani përsitë momental shënojnë llojin e cigares (Cigare, pipe etj.) dhe sasinë psh 2 cigare në ditë.</p>



AAC/ACAA
FORMË APLIKIMI PËR RAPORT MJEKËSOR CC
APPLICATION FORM FOR A CC MEDICAL REPORT



O3-3.FMU/PT.FRM.009

<p>14. TIPI I DËSHMISË QE PO APLIKONI OSE SYNONI : Vendosni tipin e dëshmisë që do të aplikoni nga lista e mëposhtme: Aeroplanë Helikopter</p>	<p>30. HISTORIKU I I PËRGJITHSHËM MJEKËSOR: Të gjithë artikujt nga numri 101 e deri në 179 duhet të kenë përgjigjen "PO" ose "JO". Ju duhet të shënoni "PO" nëse keni pasur ndonjë gjendje mjekësore dhe të përshkruani kushtet dhe datën e përafërt në kutinë "30 SHËNIME". Të gjitha pyetjet janë të rëndësishme nga pikëpamja mjekësore. Njësitë 170 dhe 179 lidhen me historikun aktual të familjes ndërsa numrat 150 e 151 duhet të plotësohen vetëm nga aplikantët femra. Nëse informacioni është marrë nga aplikimet tuaja të mëparshme dhe nuk ka pasur ndryshime në gjëndjen tuaj, ju mund të deklaroni " RAPORTUAR MË PARË; Asnjë ndryshim. Gjithsesi ju duhet të shkruani "PO" në gjëndjen. Mos raportoni sëmundje të rastësishme dhe të zakonshme të tilla si gripi.</p>
<p>15. PUNËSIMI</p>	
<p>16. PUNËDHËNËSI: Nëse punësimi kryesor është Ekuipazh Kabine atëherë vendosni emrin e punëdhënësit ose nëse është vetë-punësim, deklaro "vetë".</p>	<p>31. DEKLARIMI DHE PËLQIMI PËR TË MARRË DHE DHËNË INFORMACION: 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>