



AME/OHMP Raport mujor për ekzaminimet mjekësore të kryera  
AME/OHMP monthly report form

MUAJI / VITI:  
MONTH/YEAR

Autoriteti i Aviacionit Civil Shqiptar / Albanian Civil Aviation Authority

Rr. "sulejman Delvina", Nr.1,P.O Box 205,Tiranë, Tel:+35542251220 e-mail: sekretaria@acaa.gov.al

AME /OHMP EMRI DHE MBIEMRI, NUMRI I CERTIFIKATËS <i>AME/OHMP NAME SURNAME, CERTIFICATE No.</i>	NUMRI TOTAL I EKZAMINIMEVE SIPAS LLOJIT TË EKZAMINIMIT / VLERËSIMIT/TOTAL NUMBER OF EXAMINATIONS BY TYPE OF EXAMINATION / ASSESSMENT					
KLASA CLASS	FILLESTAR/INITIAL *		Periododik/Periodic		DEKLARIM I HUMBJES/RËNIES SË AFTËSISË SHËNDETËSORE/Deklaration of loss/reduction in medical fitness	
	PËRSHTATSHËM FIT	JO PËRSHTATSHËM UNFIT	PËRSHTATSHËM FIT	JO PËRSHTATSHËM UNFIT	PËRSHTATSHËM FIT	JO PËRSHTATSHËM UNFIT
1						
2						
LAPL						
3						
EKUIPAZH KABINE CABIN CREW						

Aneksi 1: Lista e ekzaminimeve me emrin dhe mbiemrin, sipas klasës mjekësore dhe llojit të ekzaminimit

Datë / Date:	AME/OHMP firma / AME Signature:	AME/OHMP Numër / AME/OHMP Number
--------------	---------------------------------	----------------------------------

