**Personal Details:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Emri dhe Mbiemri***Full Name**Underline Surname* |  |
| **Data e lindjes** *Date of Birth* |  |
| **Adresa e korrespondencës***Correspondence Address* |  |
| **Adresa e Biznesit.***Current Principal**Business Address* |  |
| **Numri i telefonit**Telephone Number(s) |  |
| **Adresa e E-mailit**Email Address |  |
| Website |  |
| **Gjuha e folur** *Languages spoken* |  |
| **Kontaktet e emergjencës***Emergency contact: (Name and details)* |  |

**Rregjistrimi mjeksor dhe Licensimi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vendi i Rregjistrimit Mjeksor***Country of Medical**Registration* | **Numri I Rregjistrimit Mjeksor.**Medical Registration Number | **Data e kryerjes se rregjistrimit të plotë mjeksore.***Date gained Full Medical**Registration* | **Data e skadensës së Rregjistrimit aktual Mjeksor** *Date of expiry of Current**Medical Registration* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Kualifikimi Fillestar i Mjekësisë/**

*Primary Medical Qualification:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diploma Mjeksore Bazë***Primary Medical Degree* | **Organi diplomues***Awarding Body*Awarding Body | **Data e Diplomimit** *Date Awarded* |
|  |  |  |

**Kualifikimet pasuniversitare /**

*Postgraduate Qualifications:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kualifikime pasuniversitare**Postgraduate Qualification | **Organi diplomues***Awarding Body* | **Data e Diplomimit***Date Awarded*Date Awarded |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Certifikata e përfundimit të Mjeksisë së përgjithshme ose Trajnimi specializues:**

*Certificate of Completion of GP or Specialist Training:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data e përfundimit të Diplomimit të trajnimit te specializimit.***Date Certificate of Completion of Specialist Training Awarded* | **Organi diplomues***Awarding Body* | **Specialiteti***Specialty* |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Punësimi aktual: Ju lutemi jepni detajet e punës suaj të tanishme me një përmbledhje të shkurtër të përgjegjësive.**

*Current Employment: Please provide details of your current employment with a brief summary of responsibilities.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Titulli i punës***Job Title* | **I punësuar***Employer* | **Përmbledhje e shkurtër e aktiviteteve klinike***Brief Summary of clinical activities* | **Datat e punësimit***Dates of employment* |
|  |  |  |  |

**Punësimi i mëparshëm: Ju lutemi shënoni katër punësimet e mëparshme në mënyrë kronologjike. Nëse ka ndonjë boshllëk të rëndësishëm në historinë tuaj të punësimit, ju lutemi jepni detajet në një fletë të veçantë.**

*Previous Employment: Please list your previous four employments in chronological order. If there are any significant gaps in your employment history, please provide details on a separate sheet.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Titulli i punës***Job Title* | **Emri i Punëdhënësit***Employer Name* | **Data e punësimit***Dates of employment* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **Kurse trajnimi për Mjeksinë e Aviacionit P.sh. kurse bazike dhe te avancuara**

*Aviation Medicine Training Courses e.g. Basic and Advanced Courses:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Emri i kursit***Course Name* | **Organizimi***Organisation* | **Data e përfundimit***Date completed* | **Nota e marrë***Grade achieved* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 **Kualifikime për Mjeksinë e Aviacionit P.sh. Diploma ose MSc ne Mjeksinë e Aviacionit**

**Aviation Medicine Qualifications e.g. Diploma or MSc in Aviation Medicine:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kualifikime***Qualification* | **Organi diplomues***Awarding Body* | **Data e diplomimit***Date awarded* |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Eksperienca Fluturuese P.sh. Licensa e Pilotit Privat/ Tregtar, kategorizimi Instrumental** *Flying Experience i.e. Private/Commercial Pilot Licences, Instrument Ratings:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Licensat e pilotit të mbajtura***Pilot Licences**Held* | **Shteti i Lëshimit të Licensës***Country of Licence**Issue* | **Data e lëshimit***Date of Issue* | **Data e skadencës***Date of expiry* | **Orët totale të fluturimit të pilotit***Total pilot flying hours* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Eksperienca në Mjeksinë e Aviaconit:**

*Aviation Medicine Experience:*

|  |
| --- |
| **Ju lutem jepni detaje psh. mbi natyrën, kohëzgjatjen dhe frekuencën e punës, datat e sakta të mbi përfshirjen dhe me cilën organatë. Nëse keni kryer ekzaminimin Aeromedical për një Rregullator tjetër, ju lutemi shënoni llojin /tipin dhe numrin e ekzaminimeve të kryera brenda 5 viteve të fundit. Nëse keni ndonjë përvojë praktike në brendaë një Qendre Aeromjeksore, ju lutem detajoni aktivitetet e ndërmarra, jepni numrin e orëve dhe bashkëngjisni një program të trajnimit të marrë. Një letër verifikimi të nënshkruar me të gjitha eksperiencat e mjeksisë së Aviacionit të deklaruara kërkohet nga nje mjek referues i cili duhet të përfshijë titullin e tyre të punës, organizatën, numrin kombëtar të regjistrimit mjekësor dhe numrin e Mjekut AME nëse është e aplikueshme.***Please provide details e.g. nature, duration and frequency of work, exact dates undertaken and with which organisation. If you have performed Aeromedical examination for another Regulator, please state Class/type and number of Medicals performed within the last 5 years. If you have any practical experience within an Aeromedical Centre, please detail activities undertaken, give number of hours and attach a programme of training received. A signed letter of verification of**all declared aviation medicine experience is required from a medical referee who should include their job title, organisation, national medical registration number and AME number if applicable.* |
|  |

**Lidhje ose Ndërveprime të tjera me Aviacionin:**

*Other relevant Aviation Affiliations:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organizata te aviacionit/Organizma Profesionale te aviacionit***Aviation Organisation/ Professional Aviation Bodies* | **Data e anëtarësimit/***Dates of membership* | **Aktiviteti/Rroli***Activity/Role* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Çertifikatat AME të mbajtura me Autoritetet e tjera Rregullatore të Aviacionit, p.sh. FAA, Transport Kanada, CASA etj:**

*AME Certifications Held with Other Aviation Regulatory Authorities e.g. FAA, Transport Canada, CASA etc:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   **Autoriteti i Aviacionit**  **dhe Vendi.***Aviation Authority and**Country* | **Data e lëshimit Fillestar***Date of Initial Issue* | **A mbani certifikim te vlefshëm?***Do you hold current certification?* |  **Nëse nuk eshtë I**  **vlefshëm jepni datën**  **e skadencës**. *If expired, give expiry date* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Nëse ju keni qenë një AME për një Autoritet tjetër rregullator të Aviacionit, a keni qenë ndonjëherë subjekt i një hetimi nga Autoriteti ose a është pezulluar apo revokuar nga ndonjëherë nga Autoriteti certifikimi juaj AME?** **PO/JO** Nëse PO, ju lutem jepni detaje ne nje leter te shkeputur.*If you have been an AME for another aviation regulatory authority, have you ever been subject to an investigation by the authority or has your AME certification ever been suspended or revoked by the authority?****YES/NO*** *If YES, please provide details on a separate sheet* |

If you have been an AME for another aviation regulatory authority, have you ever been subject to an investigation by the authority or has your AME certification ever been suspended or revoked by the authority?

**YES/NO** If YES, please provide details on a separate sheet.

|  |
| --- |
| **A mbani ndonje rregjistrim mjeksore pa kushte apo kufizime?****PO/JO** Nëse PO, ju lutem jepni detaje ne nje leter te shkeputur.*Do you hold current, valid medical registration, without any conditions or restrictions?****YES/NO*** *If NO, please provide details on separate sheet*. |

**Professional History: Please answer ALL of the following questions where applicable:**

|  |
| --- |
| **A keni qenë ndonjëherë subjekt i veprimeve disiplinore rrjedhoje e praktikës t uaj profesionale***Have you ever been the subject of disciplinary action arising from your professional practice****?*** **PO/JO** Nëse PO, ju lutem jepni detaje ne nje letër te shkëputur.***YES/NO*** *If YES, please provide details on a separate sheet.* |

|  |
| --- |
| **A keni qenë ndonjëherë subjekt i ndonjë hetimi, investigimi ose dëgjimi nga një organ regjistrimi ose keni ndonjë kusht të vendosur në praktikën tuaj, jeni pezulluar ose fshire nga ndonje rregjister mjeksor në ndonje vend?** **PO/JO** Nëse PO, ju lutem jepni detaje ne nje leter te shkeputur.*Have you ever been subject to any inquiry, investigation or hearing by a registration body or had any conditions imposed on your practice, been suspended or erased from the medical register in any country?****YES/NO*** *If YES, please provide details on a separate sheet.* |

|  |
| --- |
| **A jeni dënuar ndonjehere për ndonjë veper kriminale?****PO/JO** Nëse PO, ju lutem jepni detaje ne nje leter te shkeputur.*Have you ever been convicted of any criminal offence?****YES/NO*** *If YES, please provide details on a separate sheet.* |

|  |
| --- |
| **A jeni i vetëdijshëm për ndonjë rrethanë apo situatë, lidhur me çështjet profesionale, në të cilat keni qenë të përfshira apo mund të jeni të përfshirë në të ardhmen, që AAC duhet të bëhet me dije?****PO/JO** Nëse PO, ju lutem jepni detaje ne nje leter te shkeputur.*Are you aware of any circumstance or situation, relating to professional matters, in which you have been involved or may become involved in the future, that the CAA should be made aware of?****YES/NO*** *If YES, please provide details on a separate sheet.* |

**"Ju lutem lexoni deklaratën më poshtë në lidhje me zbulimin e informacionit. AAC-ja merr seriozisht sigurinë e informacionit tuaj personal. Informacioni u zbulohet vetëm personave që i nënshtrohen një detyre konfidencialiteti dhe kur ekzistojnë masa të mjaftueshme të sigurisë për të mbrojtur të dhënat personale.**

*“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.*

**DECLARATION**

 **Duke kthyer këtë formular, unë pranoj që palët e treta të zbulojnë të gjitha informatat që i kam dhënë AAC-së ne lidhje me mua. Unë jam I vetedijshme se informacioni do t'u zbulohet vetëm palëve të treta nga AAC për qëllime rregullative. Kjo mund të përfshijë dhënien e informatave profesionistëve të tjerë mjekësorë, punonjësve administrativë dhe / ose punonjësve të IT-së të cilët ndihmojnë AAC-në me funksionet e saj rregullatore dhe gjithashtu mund t'u jepet mundësia për të marrë informacion personal gjatë kryerjes së detyrave të tyre profesionale.**

**Unë konfirmoj që informacioni i dhënë në këtë formular është i plotë dhe i saktë.**

 **(Ju lutemi shënoni)**

**Unë jam në gjendje të mirë si mjek dhe jam i aftë të praktikoj. (Ju lutemi shënoni)**

*In returning this form 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 and may also be given access to personal information in the course of their professional duties.*

*I confirm that the information provided in this form is complete and accurate. (Please tick)*

*I am in good standing as a medical practitioner and I am fit to practise. (Please tick)*

 **Fima**

*Signature:..................................................................* **Date:..........................................**

 Ju lutemi të keni parasysh se çdo deklaratë e rreme mund të rezultojë në revokimin e përhershëm të

 AME Certifikimit dhe referimit tek autoritetet përkatëse.

**N.B. Please be aware that any false declaration can result in the permanent revocation of AME**

**certification and referral to the relevant authorities.**

 **Ju lutemi përdorni Listën e Kontrollit më poshtë për të siguruar që të gjitha dokumentet e kërkuara janë të bashkëngjitura, në mënyrë që të përshpejtohet përpunimi i aplikacionit tuaj. Me aplikimin tuaj mund te dergoni vetem Fotokopjet . Origjinalet mund të kërkohen më vonë, nëse eshte e nevojshme.**

*Please use the Checklist below to ensure* ***ALL*** *required documents are attached, in order to expedite the processing of your application.* ***Photocopies only,*** *should be sent with your application. Originals may be requested later, if required.*

A Curriculum Vitae (CV) is optional.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Enclosed****(Tick)** | **CAA Use Only** |
| **Forma e Aplikimit, e plotesuar dhe e firmosur***Completed and signed Application Form* |  |  |
| **Kopje te ID me Foto ( Pasaporte,Patente Makine)***Copy of Photo Id (Passport/Driving Licence)* |  |  |
| **Fotografi me permasat e Pasaportes***Passport sized colour photograph* |  |  |
| **Kopje te vlefshme te dokumentit te rregjistrimit Mjeksor***Copy of valid current Medical Registration Document* |  |  |
| **Kopje te diplomes së mjeksisë së Përgjithshme***Copies of Primary Medical Degree and Postgraduate Degrees* |  |  |
| **Kopje te certifikates së Përfundimit të Trajnimit Specializues***Copy of Certificate of Completion of Specialist Training* |  |  |
| **Kopje te certifikates te perfundimit te kurseve të Mjeksise se Aviacionit.***Copies of Certificates of Aviation Medicine Courses Passed* |  |  |
| **Kopje te Diplomes së mjeksisë së Aviacionit***Copies of Aviation Medicine Degrees* |  |  |
| **Kopje te Licensës së Pilotit***Copies of Pilot Flying Licence* |  |  |
| **Kopje te firmosura te verifikimit te Eksperiences së Mjeksisë së Aviacionit te lëshuar nga nje referues Mjeksor.** *Signed Verification of Aviation Medicine Experience from**Medical Referee* |  |  |
| **Formular I plotësua për ambjentet e punes***Completed Premises form* |  |  |