

SUMMARY OF MEDICAL HISTORY — FORM FOR THE TRANSFER OF ATCO MEDICAL RECORDS / PËRMBLEDHJE E HISTORIKUT MJEKËSOR — FORMULAR PËR TRANSFERIMIN E DOSJES MJEKËSORE TË ATCO			
MEDICAL CONFIDENTIALITY SHALL BE ENSURED AT ALL TIMES AS PER POINT ATCO.MED.A.015 / KONFIDENCIALITETI MJEKËSOR DUHET TË GARANTOHET NË ÇDO KOHË, NË PËRPUTHJE ME PIKËN ATCO.MED.A.015			
Item / Pika	Description / Përshkrimi		
1	State of licence(s) issue / Shteti i lëshimit të licencës		
2	Title of licence and corresponding serial number of the licence(s) held (or national medical reference number)/ Titulli i licencës dhe numri serial përkatës i licencës(ave) të mbajtura (ose numri kombëtar i referencës mjekësore)		
3	Full name (Last and first names) / Emri i plotë (Mbiemri dhe Emri)		
4	Date of birth (dd/mm/yyyy) / Data e lindjes		
5	Address / Adresa		
6	Contact details / Të dhëna kontakti: (a) email / email: (b) phone numbe / numër telefoni:		
7	Nationality / Shtetësia		
8	Transferring authority / Autoriteti transferues		
9	Initial medical certificate or the first medical certificate available in the competent authority: / Certifikata mjekësore fillestare ose certifikata e parë mjekësore e disponueshme pranë autoritetit kompetent:	Date of issue / Data e lëshimit	
		Date of examination / Data e ekzaminimit	
		Type (European Class 3, Part ATCO.MED, or national) / Lloji (Klasa Evropiane 3, Part ATCO.MED, ose kombëtare)	
10	Dates of last three revalidation/renewal examinations (if any) / Datat e tre ekzaminimeve të fundit të rivotimit/rinovimit (nëse ka)		
11	Limitations (if any) / Kufizime (nëse ka)		
12	Comments on any relevant aspect of the applicant's medical history or examination (if appropriate, please enclose reports). Enclose as minimum the examinations and investigation results as required by AMC1 ATCO.AR.D.003 Change of competent authority, point (a). / Komente mbi çdo aspekt të rëndësishëm të historikut mjekësor ose ekzaminimit të aplikantit (nëse është e nevojshme, bashkëngjitni raporte). Bashkëngjitni minimalisht ekzaminimet dhe rezultatet e hetimeve sipas AMC1 ATCO.AR.D.003 Ndryshimi i autoritetit kompetent, pika (a).		

13	Past or pending enforcement action* / Masa ndëshkuese të mëparshme ose në proces*	Yes/Po ☐ No/Jo ☐ (If yes, please provide details on a separate page.) / (Nëse po, ju lutemi jepni detaje në një faqe të veçantë.)
----	---	--

If there is insufficient space on this form for further information, please use an additional page. /

Nëse në këtë formular nuk ka hapësirë të mjaftueshme për informacione shtesë, ju lutemi përdorni një faqe shtesë.

Certification / Certifikim		
I/ Unë, Dr., medical assessor of the (competent authority name), certify that the details given above and on any additional pages included are true and correct. / mjek vlerësues pranë (emri i autoritetit kompetent), vërtetoj se të dhënat e paraqitura më sipër dhe në çdo faqe shtesë të bashkëngjitur janë të sakta dhe të vërteta.		
Date / Data	Signature / Nënshkrimi	Transferring authority and stamp/seal / Autoriteti transferues dhe vula/stema

*** Item 13: Specify whether there is a current investigation into the medical certificate and licence, or its suspension or revocation. / Pika 13: Specifikoni nëse ka një hetim në zhvillim lidhur me certifikatën mjekësore dhe licencën, ose nëse ato janë pezulluar apo revokuar.**