

MJEKESORE NE KONFIDENCE / MEDICAL IN CONFIDENCE

Në tërësi të plotësohet formulari me gërma të mëdha të shtypit dhe të dorëzohet i nënshkruar personalisht.

T'i bashkëngjitet kopja e njoftimit mbi mosplotësimin e kushteve të aftësisë shëndetësore.

Entirely fill in the form with capital letters and submit it with own hand signature.

Copy of notification of unfit decision on medical fitness to be attached.

Emri dhe mbiemri: <i>Name and surname:</i>	
Vendi dhe data e lindjes: <i>Place and Date of birth:</i> (dd / mm / yyyy)	
Adresa, e-maili, telefoni <i>Address, E-mail, Phone</i>	
Klasa e kërkuar e aftësisë shëndetësore <i>Requested class of medical certificate</i> ☐ KLASA/CLASS 1 ☐ KLASA/CLASS 2 ☐ LAPL ☐ KLASA/CLASS 3	Data e vlerësimit <i>Assessment date</i>
	AME/AeMC
	Tipi i licencës që mbaj <i>Type of license held</i>
Arsyetim <i>Explanation</i>	
Data <i>Date</i>	Nënshkrimi i parashtruesit të kërkesës <i>Signature of applicant</i>