



Nr...../.....

Către :

## AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ ROMÂNĂ

### CERERE

pentru admiterea contestației ca urmare a neacordării certificatului medical solicitat

Numele și prenumele	
Data nașterii	
Unitatea unde își desfășoară activitatea	
Licența tip / numar.	
Certificat medical deținut anterior / Clasa / data eliberării	
Data ultimei examinări medicale	
AMC / AME unde a avut loc examinarea medicală	
Motivele contestației	
Documente anexate în sprijinul cererii	
Data	
Semnătura	

**NOTĂ:** Cererea trebuie transmisă la AACR în termen de 5 zile lucrătoare de la data respingerii acordării certificatului medical

