

Nr.....din.....



**CERERE PENTRU OBȚINEREA / PRELUNGIREA AUTORIZAȚIEI DE
EXAMINATOR AEROMEDICAL (AME)**

Prin prezenta solicit eliberarea / prelungirea Autorizației de Examinator Aeromedical(AME) în vederea efectuării examinărilor aeromedicale a titularilor (solicitanților) Certificatului medical de Clasa(ele) _____

Date personale:

Numele _____ Prenumele _____

Data nașterii _____

Domiciliul _____

Adresa
sediului _____

Telefon domiciliu _____ Telefon sediu _____

Studii _____

(denumirea instituției de studii superioare, anul absolvirii)

Specialitatea _____ Vechimea în specialitate _____

Cursuri de pregătire în medicina aeronautică(de bază, avansată, reinnoire),congrese, conferinte, simulator, etc :

Anul	Instituția	Denumirea cursului	Durata

Număr de examinări aeromedicale _____

(data)

(semnatura)

