

Dest. SCP, CMA

AACR nr.

DECLARAȚIE PENTRU REEXAMINARE / REOBȚINEREA CERTIFICATULUI MEDICAL

(1) Numele și prenumele :	
(2) Data nașterii :	
(3) Adresa de domiciliu (rezidența) :	
(5) Email personal:	(4) Tel. contact:
(6) Detalii privind certificatul medical deținut: clasa 1 / 2 / 3 / CC / LAPL, data eliberării	
(7) Data ultimei examinări aeromedicale:	
(8) AME unde a avut loc examinarea medicală:	
(9) Solicit: ☐ preschimbarea actului / ☐ obținerea duplicatului / ☐ reexaminarea medicală	
(10) Cunoscând sancțiunile prevăzute de art. 326 din Codul Penal privind falsul în declarații, prevederile regulamentului (UE) 1178/2011 de la MED.A.030(f), declar pe propria răspundere următorul motiv pentru a permite reexaminarea / duplicatul / preschimbarea documentului: ☐ schimbat numele (act stare civilă etc.) anterior : ☐ documentul este pierdut / furat / deteriorat / distrus (se indică împrejurările unde?, când?, cum?):	
(11) Documente justificative anexate la solicitare: ☐ dovadă achitare tarif perceput de AACR în baza O.M.T. nr.1305/2012 - pct.7.10.1 ☐ copie document de identitate valabil. ☐ copie document care atestă schimbarea numelui. ☐ copie certificat medical / raport medical pierdut / distrus / furat (dacă există). ☐ certificatul medical deteriorat ☐ alte documente relevante, după caz.	
(12) Data:	(12) Semnătura:

- (1) Solicitarea completată de titular se depune la Autoritatea Aeronautică Civilă Română sau registratura@caa.ro
(2) Transmiterea documentelor în copie „conform cu originalul” revine în sarcina și în responsabilitatea titularului.
(3) Duplicatul se obține de la AME emitent în baza listei publicată conform cu ARA.MED.150 (e) (1) sau de la AMS