

Anexa (model)

**CERERE CĂTRE AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ ROMÂNĂ
DE EMITERE A UNUI DUPLICAT AL CERTIFICATULUI MEDICAL**

(1) Numele și prenumele :	
(2) Data nașterii :	
(3) Adresa de domiciliu (rezidența) :	
(5) Email :	(4) Tel. contact:
(6) Detalii privind certificatul medical deținut anterior / clasa / data eliberării:	
(7) Data ultimei examinări aeromedicale:	
(8) AME unde a avut loc examinarea medicală:	
(9) Cunoscând sancțiunile prevăzute de Codul Penal privind falsul în declarații, referitor la prevederile regulamentului EU nr.27/2019 de la MED.A.030 (f), declar pe propria răspundere următorul motiv pentru solicitarea duplicatului / preschimbarea documentului medical: <input type="checkbox"/> schimbat numele (căsătorie, divorț etc.) anterior: <input type="checkbox"/> documentul este deteriorat (se anexează originalul în starea în care se află). <input type="checkbox"/> documentul este distrus / pierdut / furat în următoarele împrejurări (când, unde, cum?):	
(10) Documente justificative anexate la solicitare: <input type="checkbox"/> dovadă achitare tarif perceput de AACR în baza OMT Nr.1305/2012 pct.7.10.1 <input type="checkbox"/> copie document de identitate în termen de valabilitate <input type="checkbox"/> copie document care atestă schimbarea numelui <input type="checkbox"/> copie certificat medical / raport medical deteriorat / distrus / furat (dacă există) <input type="checkbox"/> alte documente relevante, după caz:	
(11) Data:	(12) Semnătura:

NOTĂ: Declarația completată de titular se adresează în original către Autoritatea Aeronautică Civilă Română