



Главна Дирекция „Гражданска Въздухоплавателна Администрация“
ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ИЗДАВАНЕ НА АВИАЦИОННО МЕДИЦИНСКО СВИДЕТЕЛСТВО

Issue 4 Rev 03/12.03.2026 AM Manual

Моля, попълнете цялото заявление с главни печатни букви, като ползвате инструкциите.

ЛИН _____

MEDICAL IN CONFIDENCE

(1) Страна издаваща лиценза:		(2) Кандидат за медицинско свидетелство клас: 1 ☐ 2 ☐ LAPL ☐ ATCO ☐ C/C ☐	
(3) Фамилия:	(4) Предишна фамилия:	(12) Заявление за: Първоначално ☐ Преиздаване / подновяване ☐	
(5) Име и презиме:	(6) Дата на раждане:	(7) Пол: Мъж ☐ Жена ☐	(13) Референтен №: EAMR ID:
(8) Месторождение:	(9) Гражданство:	(14) Вид свидетелство, за което се кандидатства:	
(10) Постоянен адрес:	(11) Пощенски адрес (ако е различен):	(15) Професия (основна):	
Телефон:	Държава :	(16) Работодател:	
e-mail:	Телефон :	(17) Последен медицински преглед Дата: Завършен: Не ☐ Да ☐ Място:	
(18) Тип лиценз:	Номер на лиценз:	Държава:	(19) Ограничения в лиценза / медицинското свидетелство: Не ☐ Да ☐ Подробности:
(20) Имали ли сте отказ за издаване, временно прекратено или анулирано медицинско свидетелство, от която и да е лицензираща власт? Не ☐ Да ☐ Дата: Страна: Подробности:	(21) Летателни часове (общо):		(22) Летателни часове след последния медицински преглед:
(24) Имали ли сте авиационен инцидент или медицинско събитие по време на упражняване на правата по лиценза след последния медицински преглед? Не ☐ Да ☐ Дата: Място: Подробности:	(23) Клас / Тип ВС, на което летите в момента:		
(27) Употребявате ли алкохол? ☐ Не ☐ Да, седмично количество Употребявате ли наркотици? ☐ Не ☐ Да, вид	(26) Настояща / Планирана ATCO дейност: ADI ☐ APS ☐ ACS ☐ ADV ☐ APP ☐ ACP ☐		
(29) Пушите ли? ☐ Не, никога ☐ НЕ, дата на отказване: ☐ Да, вид и количество:	(25) Текуща / Планирана дейност като пилот: Търговски ☐ Нетърговски ☐ Други ☐ Еднопилотни ☐ Многопилотни ☐		
	(28) Използвате ли медикаменти към настоящия момент? Не ☐ Да ☐ Медикамент, доза, дата на започване, причина:		

Обща и медицинска история: Изпадали ли сте някога в някое от изброените състояния? (Моля за отговор на всеки въпрос). Ако е „Да“, посочете подробности в „Забележки“ (30).
ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ ДА НЕ

101 Очни проблеми / операции		112 УНГ, говорни проблеми		123 Малария / др. троп. болест		170 Сърдечни или съдови заб.	
102 Носите ли очила и / или контактни лещи		113 Травма на главата, сътресение		124 Положителен HIV тест		171 Високо кръвно налягане	
103 Очила/контактни лещи, промени след последния преглед		114 Чести, остри главоболия		125 Полово предавани болести		172 Високо ниво - холестерол	
104 Сина хрема, други алергии		115 Замайване, припадъци		126 Апенс /разстройство на съня		173 Епилепсия	
105 Астма, белодробни заболявания		116 Загуба на съзнание		127 Опорно-двиг. заб. /увреждания		174 Психично заболяване или опит за самоубийство	
106 Сърдечни или съдови проблеми		117 Неврологични заболявания, инсульт, епилепсия, парализа и др.		128 Други болести / увреждания		175 Диабет	
107 Високо / Ниско кръвно налягане		118 Психологически, психиатрични проблеми		129 Болнично лечение		176 Туберкулоза	
108 Камъни в бъбреците / Кръв в урин.		119 Зависимост от наркотици		130 Посещения при личен лекар / психолог след последния мед. преглед		177 Алергии /Астма /Екзема	
109 Диабет, хормонално разстройство		120 Опит за самоубийство / самоанаряване		131 Отказ на застраховка Живот		178 Наследствени заболявания	
110 Проблеми със стомаха, черния дроб, черва		121 Кинетоза, изискваща употреба на лекарства		132 Отказ за издаване на лиценз		179 Главкома	
111 Глухота, ушни проблеми		122 Анемия / сърповидно-клетъчна / други кръвни заб.		133 Медицински отказ за или от военна служба		Само за жени:	
				134 Инвалидна пенсия или Компенсация за увреждане, болест		150 Гинекологични, менструални проблеми	
						151 Бременна ли сте?	

(30) Забележки:

(31) С настоящото декларирам, че внимателно съм прегледал(а) горепосочените твърдения и доколкото ми е известно, те са пълни и верни и че не съм укривал(а) никаква съществена информация и не съм направил(а) подвеждащи твърдения. Разбирам, че ако съм направил(а) неверни или подвеждащи твърдения във връзка с това заявление или не предоставя подкрепящата медицинска информация, лицензиращият орган може да откаже издаването на медицинско свидетелство или да отнеме вече издаденото медицинско свидетелство, без това да засяга други приложими мерки съгласно националното законодателство.

С настоящото декларирам, че съм информиран(а) и разбирам, че цялата информация, предоставена на моя авиационен медицински експерт (АМЕ), съдържаща се в този доклад и приложенията към него, както и всяка информация, предоставена на лицензиращия орган и отнасяща се до мен, може да бъде предоставяна на медицинския оценител на лицензиращия орган, на други здравни специалисти и на административния медицински персонал като част от процеса на авиомедицинската оценка, както и на медицинския оценител на компетентния орган на моя АМЕ. Разбирам, че тези документи или електронно съхранявани данни ще се използват за извършване на авиомедицинска оценка и за надзорни цели, при условие че аз или моят лекар имаме достъп до тях в съответствие с националното законодателство. Медицинската конфиденциалност ще бъде спазвана по всяко време.

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗА РАЗКРИВАНЕ НА ЛИЧНИ ДАННИ:

С настоящото декларирам, че съм информиран(а) и разбирам, че данните, съдържащи се в моето медицинско свидетелство съгласно точка АРА.MED.130 или, когато е приложимо, точка ATCO.ARF.005 от Регламент (ЕС) 2015/340, могат да бъдат съхранявани по електронен път и предоставяни на моя АМЕ с цел осигуряване на исторически данни съгласно точка MED.A.035(b)(2)(ii)/(iii) или, когато е приложимо, точки ATCO.MED.A.035(b)(2)(ii) или ATCO.MED.A.035(b)(2)(iii), както и на медицинските оценители на компетентните органи на държавите-членки с цел улесняване прилагането на точка АРА.MED.150(c)(4).

Дата

Подпис на заявителя

Подпис на АМЕ/ОНМР/Медицински оценител