

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / *Croatian Civil Aviation Agency*

Buzinski krči 5, Buzin, 10 010 Zagreb_Tel.: +385 1 2369 300

e-mail: aeromedical@ccaa.hr

Zahtjev za preispitivanje ocjene zdravstvene sposobnosti podnosite Hrvatskoj agenciji za civilno zrakoplovstvo isključivo ukoliko posjedujete dozvolu zrakoplovnog osoblja izdanu od strane Hrvatske agencije za civilno zrakoplovstvo (ili namjeravate podnijeti zahtjev za dozvolu). Obrazac ispunite u potpunosti velikim tiskanim slovima i vlastoručno ga potpišite. U prilogu potpisanog zahtjeva potrebno je dostaviti presliku Obavijesti o odbijanju izdavanja certifikata o zdravstvenoj sposobnosti ili Medicinskog izvještaja za kabinsku posadu ili certifikata o zdravstvenoj sposobnosti sa upisanim ograničenjem kojeg osporavate.

You can submit this application for secondary review to the Croatian Civil Aviation Agency only if you have a license issued by the Croatian Civil Aviation Agency (or intend to apply for a license to the CCAA). Fill in the form with capital letters and submit it with your hand signature and submit a copy of the Notification of denial of medical certificate or Cabin Crew Medical report.

Prezime i ime <i>Last and first name</i>	
OIB	
Mjesto i datum rođenja <i>Place and Date of birth (dd / mm / yyyy)</i>	
Adresa, e-mail, telefon <i>Address, E-mail, Phone</i>	
Tražena kategorija zdravstvene sposobnosti <i>Requested class of medical certificate</i> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Medicinski izvještaj za kabinsku posadu (<i>Cabin Crew Medical Report</i>)	Datum zaprimanja obavijesti <i>Date of receipt of notification</i>
	AME/AeMC
	Vrsta dozvole koju posjedujem <i>Type of licence held</i>
Obrazloženje (ukoliko ne stane ovdje, dostavite na zasebnom papiru) <i>Explanation (if it does not fit here, please submit it on a separate sheet of paper)</i>	
Datum <i>Date</i>	Potpis podnositelja zahtjeva <i>Signature of applicant</i>