

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / *Croatian Civil Aviation Agency*
 Ulica grada Vukovara 284_10 000 Zagreb_Tel.: +385 1 2369 300_Fax.: +385 1 2369 301
 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 original zahtjeva potrebno je dostaviti presliku Obavijesti o neudovoljavanju.

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). Entirely fill in the form with capital letters and submit it with your own hand signature and submit a copy of the Decision of Noncompliance with requirements for issuing a 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>	Datum zaprimanja obavijesti <i>Date of receipt of notification</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>)	AME/AeMC
	Vrsta dozvole koju posjedujem <i>Type of licence held</i>
Obrazloženje <i>Explanation</i>	
Datum <i>Date</i>	Potpis podnosioca zahtjeva <i>Signature of applicant</i>