



**AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ  
A REPUBLICII MOLDOVA**

**P**roceduri și  
**I**nstrucțiuni  
**A**eronautice  
**C**ivile

**PIAC – MED**

**Certificarea medicală a personalului  
aeronautic**

**Formulare**



Republica Moldova

## AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ

**ORDIN** Nr. OAAC37/2021  
din 12.07.2021

### **cu privire la aprobarea ediției nr.01 a Procedurilor și Instrucțiunilor Aeronautice Civile - Certificarea medicală a personalului aeronautic (PIAC-MED)**

Publicat : 23.07.2021 în MONITORUL OFICIAL Nr. 175-179 art. 855 Data intrării în vigoare

În temeiul art. 7 alin.(3) pct.1) lit.b) din Codul aerian al Republicii Moldova nr.301/2017 și punctului 10 subpct.1) lit.b.) din Regulamentul cu privire la organizarea și funcționarea Autorității Aeronautice Civile, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.133/2019, întru executarea atribuțiilor ce îi revin Autorității Aeronautice Civile în calitate de autoritate administrativă de certificare, supraveghere și control în domeniul aviației civile, în scopul asigurării aplicării prevederilor Hotărârii Guvernului nr.204/2020 cu privire la aprobarea Regulamentului de stabilire a cerințelor tehnice și a procedurilor administrative referitoare la personalul navigant din aviația civilă și Hotărârii Guvernului nr. 134/2019 cu privire la aprobarea Regulamentului de stabilire a cerințelor și procedurilor administrative referitoare la certificatele controlorilor de trafic aerian, în ceea ce privește certificarea medicală a personalului aeronautic civil navigant, a controlorilor de trafic aerian, precum și certificarea Centrelor de Medicină Aeronautică (AeMC) și a Examinatorilor Aeromedicali (AME) care pot să elibereze certificate medicale pentru personalul aeronautic civil navigant și/sau controlorii de trafic aerian,

#### **O R D O N:**

1. Se aprobă ediția nr.01 a Procedurilor și Instrucțiunilor Aeronautice Civile - Certificarea medicală a personalului aeronautic (PIAC-MED), conform anexei nr. 1 la prezentul ordin.

2. Procedurile și Instrucțiunile Aeronautice Civile - Certificarea medicală a personalului aeronautic (PIAC-MED) se aplică începând cu data de 1 octombrie 2021.

3. Până la data de 1 octombrie 2021, Autoritatea Aeronautică Civilă:

a) va asigura familiarizarea AME și a personalului responsabil din AeMC cu noile cerințe și proceduri;

b) va pune la dispoziția AME materialul instructiv;

c) va pune la dispoziția AME și a personalului responsabil din AeMC sistemul electronic necesar.

4. Până la data de 1 octombrie 2021 se aplică procedurile stabilite în Reglementările Aeronautice Civile RAC-APL 3 Autorizarea personalului aeronautic (Cerințe medicale), ediția 02, aprobată prin Ordinul nr. 56/GEN din 7 iulie 2008, cu amendamentele ulterioare.

5. Până la data de 1 octombrie 2021, AME și AeMC la eliberarea certificatelor medicale vor emite, contra semnătura titularului, un supliment conform anexei nr. 2 la prezentul ordin.

6. Autoritatea Aeronautică Civilă va pune la dispoziția tuturor persoanelor interesate anexele la prezentul ordin, prin publicarea pe pagina web oficială [www.caa.md](http://www.caa.md), la compartimentul „Cadrul normativ/PIAC”.

7. Prezentul ordin intră în vigoare din data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

**DIRECTOR Octavian NICOLAESCU**

**Nr. 37/GEN. Chișinău, 12 iulie 2021.**

Anexa nr. 2

la Ordinul nr. 37/GEN din 12 iulie 2021

Până la data de 1 octombrie 2021, AME și AeMC la eliberarea certificatelor medicale vor emite, contra semnătura titularului, un supliment cu următorul conținut:

**Decrease in medical fitness**

(a) Certificate holders shall not exercise the privileges of their certificate and related ratings or certificates at any time when they:

1. are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;

2. take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable certificate;

3. receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

(b) In addition, certificate holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:

1. have undergone a surgical operation or invasive procedure;

2. have commenced the regular use of any medication;

3. have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;

4. have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;

5. are pregnant;

6. have been admitted to hospital or medical clinic;

7. first require correcting lenses.

### **Deteriorarea aptitudinii din punct de vedere medical**

(a) Titularii de certificate nu exercită privilegiile acordate de respectivele certificate și de calificările sau certificatele asociate, iar elevii piloți nu zboară în simplă comandă atunci când:

1. percep o deteriorare a aptitudinii lor din punct de vedere medical care i-ar putea face incapabili de a exercita în siguranță privilegiile respective;

2. urmează un tratament medicamentos cu sau fără prescripție medicală, care ar putea pune în pericol exercitarea în siguranță a privilegiilor asociate certificatului în cauză;

3. urmează un tratament medical, chirurgical sau de altă natură care ar putea pune în pericol exercitarea în siguranță a privilegiilor asociate certificatului în cauză.

(b) În plus, titularii/titularele unui certificat medical trebuie să se prezinte, fără întârzieri nejustificate, și înainte de a exercita privilegiile asociate certificatului lor, la un AeMC, AME la un consult aeromedical în cazul în care:

1. au suferit o intervenție chirurgicală sau o procedură invazivă;

2. au început un tratament medicamentos regulat;

3. au suferit o leziune semnificativă care presupune incapacitatea de a-și desfășura activitatea ca membru al echipajului de zbor;

4. au suferit de o afecțiune semnificativă care presupune incapacitatea de a-și desfășura activitatea ca membru al echipajului de zbor;

5. sunt însărcinate;

6. au fost internați (internate) într-un spital sau într-o clinică medicală;

7. au nevoie pentru prima dată de lentile de corecție.

### **Ухудшение медицинской годности**

(a) Обладатели свидетельств не осуществляют привилегии, предоставленные соответствующими свидетельствами и связанными с ними квалификациями и

свидетельствами, а пилоты-ученики не выполняют полеты с самостоятельным управлением, если:

1. они замечают ухудшение своей медицинской годности, которое может привести к их неспособности безопасно осуществлять соответствующие права;

2. проходят медицинское лечение по назначению врача или без такового, способное поставить под угрозу безопасное осуществление привилегий, связанных с данным свидетельством;

3. проходят медицинское, хирургическое или другое лечение, способное поставить под угрозу безопасное осуществление привилегий, связанных с данным свидетельством.

(b) Кроме того, обладатели/обладательницы медицинского свидетельства должны обратиться, без неоправданных задержек и перед осуществлением связанных с их свидетельством привилегий, в один из AeMC, АМЕ за авиамедицинской консультацией в случае, если:

1. они перенесли хирургическую операцию или инвазивную процедуру;

2. начали регулярное медикаментозное лечение;


3. перенесли существенное повреждение, которое предполагает неспособность осуществлять свою деятельность в качестве члена летного экипажа;

4. перенесли существенное заболевание, которое предполагает их неспособность осуществлять свою деятельность в качестве члена летного экипажа;

5. беременны;


6. находились в больнице или в медицинской клинике;

7. впервые нуждаются в корректирующих линзах.


	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		1

## CUPRINS

<b>1</b>	AME & AeMC Assessment Referral Form (ENG)	<b>3</b>
<b>2</b>	Cerere către AME / AeMC / AMS de emitere a duplicatului la certificat / raport medical (RO)	<b>6</b>
	Application to AME / AeMC / AMS of issue of the duplicate to the Medical Certificate / Report (ENG)	<b>7</b>
<b>3</b>	Cerere către Autoritatea Aeronautică Civilă pentru admiterea contestației ca urmare a neacordării certificatului medical solicitat (RO)	<b>8</b>
	Application to the Civil Aviation Authority for the admission of the appeal as a result of not granting the requested medical certificate (ENG)	<b>9</b>
<b>4</b>	Raportul AMS în cadrul procedurii unei a doua analize (RO)	<b>10</b>
	AMS Report in the procedure of a secondary review (ENG)	<b>11</b>
<b>5</b>	Decizia Serviciului Medicina Aeronautică al Autorității Aeronautice Civile (privind admiterea/respingerea contestației) (RO)	<b>12</b>
	Decision of the AeroMedical Service of the Civil Aviation Authority of the Republic of Moldova (regarding the admission / rejection of the appeal) (ENG)	<b>13</b>
<b>6</b>	Form for transfer of medical records between aeromedical sections of licensing authorities (SOLI) (ENG)	<b>14</b>
<b>7</b>	Cerere pentru un certificat medical (RO)	<b>17</b>
	Application Form for a Medical Certificate (ENG)	<b>24</b>
	Заявление на получение медицинского сертификата (RU)	<b>31</b>
<b>8</b>	Raport de examinare aeromedicală (RO)	<b>39</b>
	Medical Examination Report Form (ENG)	<b>45</b>
<b>9</b>	Raport de examinare oftalmologică (RO)	<b>51</b>
	Ophthalmology Examination Report Form (ENG)	<b>56</b>
<b>10</b>	Raport de examinare otorinolaringologică (RO)	<b>61</b>
	Otorhinolaryngology Examination Report Form (ENG)	<b>66</b>
<b>11</b>	Raport pentru examinare medicală pentru sănătatea mintală (RO)	<b>71</b>
	Medical Examination Report for mental health (ENG)	<b>74</b>
<b>12</b>	Notificare de refuz pentru certificatul medical (RO)	<b>77</b>

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		2

	Notification on Medical Certificate Refusal (ENG)	78
<b>13</b>	Certificat medical Clasa 1 / 2 / LAPL (RO/ENG)	79
<b>14</b>	Raport medical pentru echipajul de cabină (RO/ENG)	80
<b>15</b>	Certificat medical Clasa 3 (RO/ENG)	81
<b>16</b>	Cerere către Autoritatea Aeronautică Civilă pentru obținerea / menținerea / modificarea Certificatului de Examinator Aero-Medical (AME) (RO)	82
	Application to the Civil Aviation Authority for obtaining / maintaining / amending of the Aero-Medical Examiner (AME) Certificate (ENG)	84
<b>17</b>	Raport de audit pentru servicii medicale la examinatorii aeromedicali (AME) certificați (RO)	86
<b>18</b>	Certificat de Examinator Aero-Medical (RO/ENG)	91
<b>19</b>	Cerere către Autoritatea Aeronautică Civilă pentru obținerea Certificatului Centrului de Medicină Aeronautică (AeMC) (RO)	95
	Application to the Civil Aviation Authority for obtaining of the Aero- Medical Center (AeMC) Certificate (ENG)	96
<b>20</b>	Raport de audit / inspecție a Centrului de Medicină Aeronautică (AeMC) (RO)	97
<b>21</b>	Certificat de Centru de Medicină Aeronautică (AeMC) (RO/ENG)	103

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		3

## FORMULAR DE DIRECȚIONARE LA AAC

MEDICAL IN CONFIDENCE

### AME & AeMC ASSESSMENT REFERRAL FORM

HG 204/2020 MED A.050, ARA MED.125; HG 134/2019 ATCO AR.F.001;

CT-ATCO.MED p. ATCO.MED.050


(1) <b>AME Name / Code No:</b>	(2) <b>Adress, telephone and email:</b> - - -
--------------------------------	--

(3) <b>Applicant Name:</b>  Date of birth:	(4) <b>Licence No.:</b>
	(5) <b>Medical Certificate Ref. No.:</b>
(6) <b>Licensing Authority / Referred to:</b>	(7) <b>Medical Class:</b> class1 <input type="checkbox"/> class 2 <input type="checkbox"/> class 3 <input type="checkbox"/> cabin crew <input type="checkbox"/> initial <input checked="" type="checkbox"/> revalidation / renewal <input type="checkbox"/> interimar assessment <input type="checkbox"/>
	(8) <b>Curent Status:</b> Fit <input type="checkbox"/> Unfit <input type="checkbox"/>

(9) <b>Applicable Regulation and paragraph:</b>	(11) <b>Summary of medical conditions and your opinion on aeromedical fitness / limitations:</b>
(10) <b>Assessment Required (please tick one):</b> <input type="checkbox"/> Class 1 / 3 Fitness Assessment required by regulations, licensing authority guidance material. e.g. mandatory referral or adding / removing limitations. <input type="checkbox"/> Class 2 where assessment must be made 'in-consultation' with the licensing authority or adding/removing limitations. <input type="checkbox"/> Complex Class 1 or Class 2 following discussion with or at direction of licensing authority.	

(12) <b>Medical Reports (list clinician name and date):</b>
---




	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		4

**(13) Any other documents attached:**


**(14) Date:**

**(15) AME / AeMC signature and stamp:**

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		5

### **GUIDANCE FOR AME & AeMC ASSESSMENT REFERRAL FORM**

- a) This form has been created to standardize AME & AeMC referrals for assessment of aircrew and ATCO applicants. It should be used for all referrals from the AME & AeMC to the CAA.
- b) This form should be completed in English or the state language of the Republic of Moldova. Any reports or other documents attached should be completed in English, the state language of the Republic of Moldova or Russian.
- c) Please ensure that all the required examinations have been completed (by AME and medical specialists) in compliance with the regulations, e.g. Application Form, Medical Examination Report, Copy of the Medical Report etc.
- d) If you have been unable to reach a decision, in addition to a summary of the case, please detail the specific aspect of the case which you find challenging and also provide your preliminary certificatory decision.
- e) Please send the referral form and associated documents securely by post or electronically by the method required by the CAA.
- f) We recommend that you advise your applicants to arrange their next aeromedical examination at the beginning of the 45-day period prior to the expiry date of the aeromedical certificate.


	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		6

**CERERE CĂTRE AME / AeMC/ AMS  
DE EMITERE A DUPLICATULUI LA CERTIFICAT / RAPORT 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, declar pe propria răspundere următorul motiv pentru solicitarea duplicatului documentului medical: <input type="checkbox"/> schimbat numele (căsătorie, divorț etc.) anterior: ..... <input type="checkbox"/> documentul este deteriorat / distrus <input type="checkbox"/> documentul este declarat pierdut / furat în următoarele împrejurări: ..... ..... .....	
(10) Documente justificative anexate la solicitare: <input type="checkbox"/> copie document de identitate valabil. <input type="checkbox"/> copie document care atestă schimbarea numelui. <input type="checkbox"/> copie certificat medical / raport medical deteriorat. <input type="checkbox"/> alte documente relevante, după caz.	
(11) Data:	(12) Semnătura:

**APPLICATION TO AME / AeMC / AMS  
OF ISSUE OF THE DUPLICATE TO THE MEDICAL CERTIFICATE / REPORT**


(1) Surname and Forename(s):	
(2) Date of birth:	
(3) Permanent address: ..... ..... .....	
(5) E-mail:	(4) Contact Telephone No:
(6) Details of the medical certificate previously held / class / date of issue:	
(7) Date of last aero-medical examination:	
(8) AME where the medical examination took place:	
(9) Knowing the sanctions provided by the Criminal Code regarding false statements, I declare on my own responsibility the following reason for requesting a duplicate of the medical document: <input type="checkbox"/> previously name change (marriage, divorce, etc.): ..... <input type="checkbox"/> the document is damaged / destroyed <input type="checkbox"/> document is reported lost / stolen in the following circumstances: ..... ..... .....	
(10) Supporting documents attached to the application: <input type="checkbox"/> copy of valid ID <input type="checkbox"/> copy of the document attesting the name change <input type="checkbox"/> copy of the medical certificate / report damaged <input type="checkbox"/> other relevant documents, as appropriate	
(11) Date:	(12) Signature:

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		8

**CERERE CĂTRE AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ**  
pentru admiterea contestației ca urmare a neacordării certificatului medical solicitat

Numele și prenumele:		
Data nașterii:		
Adresa de domiciliu:		
Unitatea unde își desfășoară activitatea:		
Certificatul tip / număr:		
Certificat medical deținut anterior / Clasa / data eliberării:		
Data ultimei examinări medicale:		
AeMC / AME unde a avut loc examinarea medicală:		
Motivele contestației:		
Documente anexate la cerere: <input checked="" type="checkbox"/> copie document de identitate în perioada de valabilitate <input type="checkbox"/> alte documente medicale considerate relevante (după caz):		
Datele de contact:	telefon:	email:
Semnătura:		Data:


**NOTĂ:** Cererea se înregistrează la AAC în termen de 5 zile lucrătoare de la data refuzului acordării certificatului

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		9

**APPLICATION TO THE CIVIL AVIATION AUTHORITY**  
**for the admission of the appeal as a result of not granting the requested medical certificate**


Surname and forename(s):		
Date of birth:		
Permanent address:		
Employer:		
License type / number:		
Previously held medical certificate / Class / date of issue:		
Date of last medical examination:		
AeMC / AME where it took place medical examination:		
Reasons for appeal:		
Documents attached to the application: <input checked="" type="checkbox"/> copy of valid ID <input type="checkbox"/> other medical documents considered relevant (if applicable):		
Contact details:	Telephon No:	e-mail:
Signature:		Date:

**NOTE:** The application must be registered with the CAA within 5 working days from the date of the refusal to grant the certificate.

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		10

### RAPORTUL AMS ÎN CADRUL PROCEDURII UNEI A DOUA ANALIZE

NUME ȘI PRENUME: .....DATA NAȘTERII: ..... UNITATEA: ..... SUBIECT CONTESTAT: ..... DATA EXAMINĂRII MEDICALE: ..... DATA NOTIFICĂRII DE REFUZ: ..... DATA CERERE DE CONTESTARE CĂTRE AAC: ..... DATA UNEI A DOUA ANALIZE: .....		
CERTIFICAT MEDICAL CLASA:	CERTIFICAT Nr.	COD:
CONDIȚII DESCALIFICATOARE:		
<u>DOCUMENTE SUPUSE UNEI A DOUA ANALIZE:</u>		
<u>TESTE MEDICALE / ANALIZE SUPLIMENTARE</u> (daca este cazul):		
Dupa analiza documentelor prezentate și audierea contestatarului:		
<input type="checkbox"/> se respinge contestația <input type="checkbox"/> se admite contestația și se recomandă eliberarea CM corespunzător ..... <input type="checkbox"/> se recomandă aplicarea limitărilor operaționale: .....		
Data:	Semnătura AMS	

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		11

**AMS REPORT IN THE PROCEDURE OF A SECONDARY REVIEW**

Surname and Forename(s): .....		
Date of birth: .....		
Employer: .....		
Contested subject: .....		
Date of the medical examination: ..... Date of the refusal notification:.....		
Date of the application for appeal to CAA: .....		
Date of the secondary review: .....		
Medical Certificate Class:	Certificate No.	Code:
DISQUALIFYING CONDITIONS:		
<u>DOCUMENTS SUBJECT TO A SECONDARY REVIEW:</u>		
<u>MEDICAL TESTS / ADDITIONAL ANALYSIS (if applicable):</u>		
<p>After analyzing the documents presented and hearing the appellant:</p> <input type="checkbox"/> the appeal is rejected <input type="checkbox"/> the appeal is admitted and the issuance of the corresponding MC is recommended..... <input type="checkbox"/> it is recommended to apply operational limitations: .....		
Date:	AMS Signature:	





**DECIZIA SERVICIULUI MEDICINA AERONAUTICĂ  
AL AUTORITĂȚII AERONAUTICE CIVILE A REPUBLICII MOLDOVA**

Nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

În temeiul prevederilor Regulamentului de stabilire a cerințelor tehnice și a procedurilor administrative referitoare la personalul navigant din aviația civilă aprobat prin Hotărârea Guvernului cu privire la aprobarea nr. 204/2020,

Având în vedere metodologia de analiză secundară cuprinsă în PIAC-MED Certificarea medicală a personalului aeronautic, emise de AAC,

Având în vedere Raportul AMS în cadrul procedurii unei a doua analize a contestației nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_,

**Serviciul Medicină Aeronautică al Autorității Aeronautice Civile**

**Art. 1 Decide**       admiterea /  respingerea contestației și

**Art. 2 Recomandă:**

1.     Eliberarea /  Neeliberarea certificatului / raportului medical aferent clasei \_\_\_\_\_
2.     Aplicarea limitărilor operaționale în certificatul / raportul medical conform Raportului AMS nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_
3.    Informarea contestatarului în termen de 5 zile privind decizia Serviciului Medicină Aeronautică.

Inspectorul Serviciului Medicină Aeronautică

(prenumele, numele, semnătură)

\_\_\_\_\_



**DECISION OF THE AERO-MEDICAL SERVICE  
OF THE CIVIL AVIATION AUTHORITY OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA**

No. \_\_\_\_\_ of \_\_\_\_\_

Pursuant to the provisions of the Regulation laying down technical requirements and administrative procedures related to civil aviation aircrew approved by Government Decision no. 204/2020,

Considering the secondary review methodology included in PIAC-MED Medical certification of aeronautical personnel, issued by CAA,

Considering the AMS Report within the procedure of a second review of the appeal no. \_\_\_\_\_ from \_\_\_\_\_,

**Aero-Medical Service of the Civil Aviation Authority**

**Art. 1 Decide**       admission /  rejection of the appeal and

**Art. 2 Recommend:**

4.     Issuance /  Non-issuance of the medical certificate / report related to the class \_\_\_\_\_
5.     Applying the operational limitations in the medical certificate / report according to the AMS Report no. \_\_\_\_\_ from \_\_\_\_\_
6.    Informing the appellant within 5 days regarding the decision of the Aero-Medical Service.

Medical Assessor

(surname, forename(s), signature)

\_\_\_\_\_

MEDICAL IN CONFIDENCE

**FORM FOR TRANSFER OF MEDICAL RECORDS BETWEEN  
AEROMEDICAL SECTIONS OF LICENSING AUTHORITIES (SOLI)**


Please complete the form in block capitals using black or blue ink

<b>CONSENT BY APPLICANT</b>
<p>I. (Name of applicant) ..... consent to my Aeromedical records being transferred between the Authority Medical Sections of the Licensing Authorities stated below and I accept responsibility for any fees incurred in translating or transferring my records.</p> <p>Signature ..... Date .....</p>

Please note:

Only English language accepted. Any charges incurred for the translations are the responsibility of the Applicant


ITEM	DESCRIPTION	THIS PAGE COMPLETED BY THE APPLICANT
1	State of <b>Transfer TO</b> : Address:  Telephone: Email:	
2	State of <b>Transfer FROM</b> : Address:  Telephone: Email:	
3	Full name of holder	
4	Address of holder  Telephone: Email:	
5	Date of birth (dd/mm/yyyy)	
6	Nationality of holder	
7	Reference number	

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		15

8	License held: (e.g. ATPL / CPL / PPL)	Restrictions or limitations (if any)
---	--	--------------------------------------

ITEM 9	<b>MEDICAL IN CONFIDENCE (DESCRIPTION SUITABLE TO ICAO ANNEX 1) MEDICAL HISTORY COMPLETED BY MEDICAL ASSESSOR OF TRANSFERRING AUTHORITY</b>		
I	State of licence issue		
II	Title of licence		
III	Serial number of any licence held (or national medical reference number)		
IV	Full name of holder		
V	Address of holder		
XIV	Date of birth		
VI	Nationality of holder		
VIII	Issuing authority		
-	Initial medical certificate:	Date of issue	
-		Date of examination	
-		Type (JAR / Part-Med / National)	
-		Class	
-	Dates of last three revalidation / renewal examinations (if any)		
XIII	Limitations (if any)		
-	<p>Copy of current medical certificate and supporting aero-medical application and examination report forms.</p> <p>Copy (if applicable) of latest electrocardiogram audiogram, ENT, ophthalmological examination report, clinical reports.</p> <p>Summary of medical history (with dates) to include relevant inactive conditions and active conditions requiring follow-up:</p>	<input type="checkbox"/> Any previous State / Medical Records held: <input type="checkbox"/> Period of medical records held (from/to): <input type="checkbox"/> All SOLI forms from previous transfers: <input type="checkbox"/> Significant past medical history: <input type="checkbox"/> Temporary unfit period:	

If there is insufficient space on this form for any information, please use additional pages.


	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		16

**VERIFICATION**

I,....., medical assessor of the Civil Aeronautical Authority of the Republic of Moldova, certify that the details given above and on any additional pages included are true and correct.

Further information/records are available on request: .....

Date: (dd/mm/yyyy)	Signature	Medical Assessor Stamp
--------------------	-----------	------------------------

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		17


## FIȘĂ MEDICALĂ CONFIDENȚIALĂ

### CERERE PENTRU UN CERTIFICAT MEDICAL\*

Completează **integral acest formular cu majuscule** conform instrucțiunilor anexate

\*Pentru echipajul de cabină se eliberează un raport medical.

(1) Republica Moldova:	(2) Clasa certificatului medical 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Altele <input type="checkbox"/> solicitat .....	
(3) Nume:	(4) Nume anterior:	(12) Cerere: Inițial <input type="checkbox"/> Revalidare / Reinnoire <input type="checkbox"/>
(5) Prenume:	(6) Data de naștere:	(7) Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
(8) Țara și locul nașterii:	(9) Naționalitatea:	(13) Numărul de referință:
(10) Adresa permanentă:  Țara:  Telefon:  Mobil:  e-mail:	(11) Adresa poștală (dacă este diferită):  Țara:  Telefon:	(14) Tipul de certificat dorit:
		(15) Ocupația (principală):
		(16) Angajator:
(17) Ultima examinare aeromedicală: Data: Locul:		
(18) Certificat(e) deținute (tip): Numărul certificatului: Statul emitent:		(19) Orice limitări ale Certificatului / Certificatului medical Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Detalii:
(20) Ați avut vreodată un certificat medical refuzat, suspendat sau revocat de către o autoritate de licențiere? Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Data: Țara: Detalii:	(21) Total ore de zbor N/A <input type="checkbox"/>	(22) Ore de zbor de la ultimul examen medical: N/A <input type="checkbox"/>
	(23) Aeronava pe care zboară în prezent N/A <input type="checkbox"/>	
(24) A avut un accident / incident aeronautic	(25) Tipul de zbor intenționat N/A <input type="checkbox"/>	

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		18

raportat de la ultimul examen medical? Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Data: Locul: Detalii	(26) Activitatea prezentă de Zbor: Single pilot <input type="checkbox"/> Multi pilot <input type="checkbox"/> Activitatea prezentă de CTA: ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/>
(27) Consumi alcool? Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> cantitatea:	(28) Utilizezi o medicație în mod curent? Nu <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ce medicamente, doza, data începerii și motivul:
(29) Fumezi? Nu, niciodată <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> când ați încetat? Da <input type="checkbox"/> De cand: Ce tip și cantitatea:	

**Antecedentele medicale și generale: ai avut sau ai vreuna din următoarele? (bifează)**

**Dacă DA, detaliați la secțiunea „Remarci (30)”.**

DA NU


DA NU

DA NU

Antecedente în familie

DA NU

101	Probleme oculare / operații la ochi		112	Afectare nas, gât sau vorbire		123	Malarie sau alte boli tropicale		170	Boli de inimă		
102	Ochelari și/sau lentile de contact purtate		113	Leziuni craniene / contuzii		124	Test HIV pozitiv		171	Hipertensiune		
			114	Dureri frecvente sau severe de cap		125	Boli cu transmitere sexuală		172	Nivel ridicat al colesterolului		
103	Ochelari și/sau lentile de contact prescrise de la ultima ex.medicală		115	Amețeli și senzație de leșin		126	Tulburări de somn / apnee în somn		173	Epilepsie		
			116	Inconșiență din orice motiv		127	Afecțiuni musculoscheletale		174	Boli mentale / tentativă suicid		
104	Febra fanului, alte alergii		117	Tulburări neurologice, convulsii, apoplexie, paralizie, etc.		128	Orice alte afecțiuni sau leziuni		175	Diabet zaharat		
105	Astm sau afecțiuni pulmonare				129	Internări în spital		176	Tuberculoză			
106	Afecțiuni cardiace sau vasculare		118	Tulburări psihiatrice sau psihologice de orice tip		130	Consultații la medicul de familie de la ultima examinare medicală		177	Alergii / astm / eczeme		
107	Hipo- sau hipertensiune				178			Boli ereditare				
108	Pietre la rinichi		119	Abuz alcool,		131	Refuz de		179	Glaucom		

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		19

	sau sânge în urină			medicamente, substanțe interzise			asigurare de viață				
109	Diabet, tulburări hormonale		120	Tentativă suicid / autorănire		132	Refuz de eliberare certificat	Doar pentru femei:			
110	Afecțiuni de stomac, intestine, ficat		121	Rău de mișcare + medicație		133	Respins medical sau declarat inapt pentru serviciul militar	150	Probleme menstruale, ginecologice		
111	Hipoacuzie / tulburări auditive		122	Anemie / Boli de sânge		134	Decizie pensie / compensații caz boală sau pentru răniri	151	Ești însărcinată?		

(30) **Remarci:** Se va consemna dacă este raportat anterior și dacă până acum nu există modificări:

(31) **Declarație:** Prin aceasta declar că am acordat considerația corespunzătoare afirmațiilor făcute mai sus și că acestea au fost completate cât mai complet și corect posibil în funcție de cunoștințele mele, că nu am omis nici o informație relevantă și nu am făcut nici o consemnare eronată. Înțeleg că dacă am făcut orice declarație falsă sau eronată în legătură cu această solicitare, sau am împiedicat realizarea documentației de informare medicală, Autoritatea de Certificare poate refuza să-mi emită certificatul medical sau să-mi revoce orice certificat medical acordat anterior, fără a prejudicia alte activități portivite legii naționale în vigoare.

**CONSIMȚIREA DE ELIBERARE A INFORMAȚIEI MEDICALE:** Prin aceasta autorizez eliberarea tuturor informațiilor conținute în acest raport și a oricarei sau tuturor anexelor, către medicul AME și acolo unde este necesar, către AMS AAC, către profesioniștii medicali relevanți, AME/AMS din alte state, în scopul efectuării unei evaluări aeromedicale sau în cadrul procedurii unei a doua analize, recunoscând că aceste documente sau date stocate electronic, sunt folosite pentru completarea evaluării medicale, și că acestea vor deveni și rămâne proprietatea Autorității de Certificare, cu condiția că eu sau medicul meu poate avea acces la ele în acord cu legea națională. Se va păstra tot timpul Confidențialitatea Medicală.


**Consimțământul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal:** Prin prezenta, declar că am fost informat și înțeleg că datele mele de certificare medicală conform HG 204/2020 pct. ARA.MED.150 pot fi stocate electronic și puse la dispoziția AME pentru a furniza date istorice prevăzute la HG 204/2020 pct. MED.A.035 (b) (2) (ii) - (iii) și la dispoziția evaluatorilor medicali ai autorităților competente din alte state pentru a facilita aplicarea HG 204/2020 pct. ARA.MED.150 (c) (4).

.....  
Data

.....  
Semnătura solicitantului

.....  
Semnătura AME / (medic examinator)



	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		20

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE A FORMULARULUI DE CERERE PENTRU UN CERTIFICAT MEDICAL

Acest formular împreună cu toate formularele de rapoarte necesare în funcție de caz, vor fi transmise către Autoritatea de Certificare.

Confidențialitatea datelor medicale trebuie respectată în orice moment.


Solicitantul va răspunde personal, în totalitate, la întrebările din Formularul de Cerere. Completarea se va face cu pix/stilou, cu majuscule, iar scrisul va trebui să fie lizibil. Este acceptabilă și completarea în format tipărit al acestui formular. Dacă este necesar spațiu suplimentar pentru a răspunde la întrebări se va folosi o coală albă ce va purta numele și semnatura solicitantului împreună cu data completării. Următoarele instrucțiuni numerotate se aplică rubricilor numerotate corespunzător din Formularul de cerere.

Completarea parțială a formularului sau scrisul ilizibil pot conduce la refuzarea acceptării Formularului de cerere. Furnizarea de informații false, eronate sau incomplete relevante pentru completarea acestui formular poate conduce la refuzul emiterii certificatului medical sau revocarea oricărui certificat medical emis, până și la urmărire penală.


Solicitantul are dreptul să refuze orice test și să ceară intervenția AMS. Acest lucru poate determina respingerea temporară a certificării medicale.

Acordul informat la selecția pentru examinarea aeromedicală se semnează ca urmare a explicării Solicitantului a conținutului acestuia de către AME/AMS, care va semna ca martor și se anexează la cerere pentru un certificat medical. Acordul informat la selecția pentru examinarea aeromedicală nu poate fi înlocuit cu Acordul informat la intervenția medicală care se completează în conformitate cu Ordinul Ministerului Sănătății nr. 303/2010.


<b>1. Republica Moldova</b>	<b>17. Ultimul formular medical completat:</b> Scrieți data (ziua, luna, anul) și locul (orașul, țara), sau "NICI UNUL" dacă acesta este inițial.
<b>2. Clasa de certificat medical solicitat:</b> Bifați căsuța corespunzătoare. Clasa 1, Clasa 2, Clasa 3, CC - echipaj de cabină, Altele – LAPL	<b>18. Tipul Certificatului aeronautic deținut:</b> Scrieți tipul certificatului așa cum apare în răspunsul întrebării 14, inclusiv numărul și țara eliberării. Dacă nu aveți Certificat personal aeronautic, scrieți: "NICI UNUL".
<b>3. Nume:</b> Precizați numele de familie	<b>19. Orice limitari ale Certificatului / Certificatului Medical:</b> Bifați căsuța corespunzătoare și dați detalii de orice limitări ale Certificatului / Certificatului Medical. Ex.: vedere, vederea cromatică, pilot de siguranță, etc.
<b>4. Nume anterioare:</b> Dacă numele Dvs. a fost schimbat din diferite motive, precizați numele de familie anterior.	<b>20. Certificat Medical respins sau retras:</b> Bifați răspunsul afirmativ chiar dacă respingerea sau retragerea au fost numai temporare. Includeți data și țara.
<b>5. Prenume:</b> Precizați prenumele Dvs. (maxim 3	<b>21. Numărul de ore de zbor:</b> Scrieți numărul total de ore de zbor.

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		21

prenume)	
<b>6. Data nasterii:</b> Ziua, luna și anul, în cifre.	<b>22. Numărul de ore de zbor de la ultimul examen medical:</b>
<b>7. Sex:</b> Bifați căsuța corespunzătoare	<b>23. Tipul de avion pilotat în prezent:</b> Scrieți numele principalului tip de avion pilotat. Ex. Boeing 737, Cessna150, etc.
<b>8. Locul nașterii:</b> Localitatea și țara nașterii.	<b>24. Accidente/Incidente de zbor:</b> Dacă bifați răspunsul afirmativ, adăugați data și țara accidentului/ incidentului.
<b>9. Naționalitatea:</b> Scrieți numele țării de naționalitate.	<b>25. Tipul de zbor anticipat:</b> Transport pasageri (single-pilot commercial air transport carrying pax.), agricultură, de agrement etc.
<b>10. Adresa permanentă:</b> Scrieți adresa poștală permanentă, inclusiv țara și numărul de telefon precedat de codul țării.	<b>26. Tipul de zbor în prezent:</b> Bifați căsuța corespunzătoare pentru a indica dacă zburăți ca pilot unic sau nu
<b>11. Adresa poștală:</b> Dacă este diferită de adresa permanentă, scrieți-o în întregime, inclusiv numărul de telefon precedat de codul țării. Dacă nu, scrieți: "ACEEASI".	<b>27. Consumi alcool?</b> Scrieți cantitatea de alcool consumată săptămânal. Ex. 2 l bere
<b>12. Cerere:</b> Bifați căsuța corespunzătoare.	<b>28. Utilizați medicație în prezent:</b> Dacă da, scrieți toate detaliile: numele, cantitatea, frecvența. Includeți și medicamentele care nu necesită rețetă medicală.
<b>13. Numărul de referință:</b> Scrieți numărul de referință care va fost acordat de Autoritatea Aeronautică Civilă. Solicitanții inițiali vor scrie: "NICI UNUL".	<b>29. Fumați tutun?</b> Bifați căsuța corespunzătoare. Fumătorii trebuie să scrie tipul de tutun (țigarete, trabucuri, pipa) și cantitatea Ex.: 2 trabucuri/ zi; pipa- 1oz. săptămânal.
<b>14. Tipul Certificatului pentru care completați acest formular (sau intenționați):</b> Scrieți tipul Certificatului, așa cum apare în lista de mai jos: ATPL, MPL, CPL/IR, CPL, PPL/IR, PPL, LAPL	<b>Antecedente generale și medicale</b> La toate întrebările 101-179, inclusiv, se răspunde prin da sau nu, bifând coloana corespunzătoare. Răspundeți afirmativ dacă ați suferit vreodată de condiția enumerată și scrieți o descriere sumară a stării, inclusiv data aproximativă, în cadrul secțiunii "30. REMARCI". Toate întrebările au o mare relevanță medicală, chiar dacă nu aveți această impresie. Elementele 170-179 se referă la

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		22

<p>Avion, elicopter, CTA Altele: rog specificați CC / inginer / dispecer operațiuni de zbor etc.</p>	<p>antecedentele medicale familiale, iar întrebările 150-151 sunt adresate numai femeilor. Dacă informația a mai fost raportată în cadrul unui alt Formular-cerere pentru Atestare Medicală și nu s-a schimbat nimic de atunci, puteți scrie: "Raportat anterior/Nici o schimbare." Cu toate acestea, trebuie să bifați răspunsul afirmativ la condiția respectivă. Nu trebuie să raportați boli comune, ocazionale, cum ar fi răcelile.</p>
<p><b>15. Ocupația:</b> Indicați ocupația principală.</p>	
<p><b>16. Angajator:</b> scrieți numele angajatorului pentru care lucrați sau "pe cont propriu", dacă se aplica în cazul Dvs.</p>	<p><b>31. Declarație și consimțământ pentru obținerea și eliberarea informației oferite de Dvs.:</b> Nu semnați sau scrieți data completării formularului decât în prezența unui AME care va semna ca martor.</p>

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		23

**MEDICAL IN CONFIDENCE**

**APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE**

Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions pages for details.

\* A medical report is issued to the cabin crew.

(1) <b>The Republic of Moldova</b>	(2) Medical certificate applied for: class 1 <input type="checkbox"/> class 2 <input type="checkbox"/> class 3 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>	
(3) Surname:	(4) Previous surname(s):	(12) Application Initial <input type="checkbox"/> Revalidation / Renewal <input type="checkbox"/>
(5) Forenames:	(6) Date of birth (dd/mm/yyyy):	(7) Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
(8) Place and country of birth:	(9) Nationality:	(13) Reference number:
(10) Permanent address:  Country:  Telephone No:  Mobile No:  e-mail:	(11) Postal address (if different)  Country:  Telephone No:	(14) Type of licence applied for:
		(15) Occupation (principal):
		(16) Employer:
(17) Last medical examination: Date: Place:	(18) Aviation licence(s) held (type):  Licence number: State of issue:	
	(19) Any Limitations on Licence/ Medical Certificate: No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Details:	
(20) Have you ever had an aviation medical certificate denied, suspended or revoked by any licensing authority?  No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Date: Country: Details:	(21) Flight time hours total: N/A <input type="checkbox"/>	(22) Flight time hours since last medical: N/A <input type="checkbox"/>
	(23) Aircraft class /type(s) presently flown  N/A <input type="checkbox"/>	
(24) Any aviation accident or reported incident since last medical examination? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/>	(25) Type of flying intended N/A <input type="checkbox"/>	
	(26) Present flying activity: Single pilot <input type="checkbox"/>	

Date: Place: Details:	Multi pilot <input type="checkbox"/> CTA's present activity: ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/>
(27) Do you drink alcohol No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> amount:	(28) Do you currently use any medication? No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> State drug, dose, date started and why:
(29) Do you smoke tobacco? No, never <input type="checkbox"/> No, date stopped: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> state type and amount:	

General and medical history: Do you have, or have you ever had, any of the following?  
(Please tick). If yes, give details in remarks section (30).

		Yes	No			Yes	No			Yes	No			Yes	No
						Family history									
						of									
101	Eye trouble/eye operation			112	Nose, throat or speech disorder			123	Malaria or other tropical disease			170	Heart disease		
102	Spectacles and/or contact lenses ever worn			113	Head injury or concussion			124	A positive HIV test			171	High blood pressure		
				114	Frequent or severe headaches			125	Sexually transmitted disease			172	High cholesterol level		
103	Spectacle/contact lens prescriptions change since last medical exam.			115	Dizziness or fainting spells			126	Sleep disorder/apnoea syndrome			173	Epilepsy		
				116	Unconsciousness for any reason			127	Musculoskeletal illness/impairment			174	Mental illness or suicide		
104	Hay fever, other allergy			117	Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc			128	Any other illness or injury			175	Diabetes		
105	Asthma, lung disease					129	Admission to hospital			176	Tuberculosis				
106	Heart or vascular trouble			118	Psychological/psychiatric trouble of any sor			130	Visit to medical practitioner since last medical examination			177	Allergy/asthma/eczema		
107	High or low blood pressure					178	Inherited disorders								
108	Kidney stone or blood in urin			119	Alcohol/drug/substance abuse			131	Refusal of life insurance			179	Glaucoma		
109	Diabetes, hormone disorder			120	Attempted suicide or self-harm			132	Refusal of flying licence			Females only:			
110	Stomach, liver or intestinal trouble			121	Motion sickness			133	Medical rejection from or for			150	Gynaecological,		

				requiring medication				military service				menstrual problems		
<sup>111</sup>	Deafness, ear disorder			<sup>122</sup> Anaemia / Sickle cell trait/other blood disorders				<sup>134</sup> Award of pension or compensation for injury or illness				<sup>151</sup> Are you pregnant?		

(30) **Remarks:** If previously reported and no change since, so state:

(31) **Declaration:** I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.


**CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:** I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the my licensing authority, and to relevant medical professionals, to the AME/AMS of other country, for the purpose of completion of an aero-medical assessment or a secondary review, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times.

**NOTIFICATION OF DISCLOSURE OF PERSONAL DATA:** I hereby declare that I have been informed and I understand that the data contained in my medical certificate according to GD 204/2020 p. ARA.MED.150 may be electronically stored and made available to my AME in order to provide historical data required in GD 204/2020 p. MED.A.035 (b) (2) (ii) - (iii) and to the medical assessors of the competent authorities of a state in order to facilitate the enforcement of GD 204/2020 p. ARA.MED.150(c)(4)

.....  
Date

.....  
Signature of applicant

.....  
Signature of AME/ (medical assessor)

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		26

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE


This application form and all attached report forms will be transmitted to the licensing authority. Medical confidentiality shall be respected at all times.

The applicant should personally complete, in full, all questions(sections) on the application form. Writing should be legible and in block capitals, using a ball-point pen. Completion of this form by typing/printing is also acceptable. If more space is required to answer any questions, a plain sheet of paper should be used, bearing the applicant's name and signature, and the date of signing. The following numbered instructions apply to the numbered headings on the application form for a medical certificate.

Failure to complete the application form in full, or to write legibly, may result in non-acceptance of the application form. The making of false or misleading statements or the withholding of relevant information in respect of this application may result in criminal prosecution, denial of this application and/or withdrawal of any medical certificate(s) granted.


The informed consent for the selection of the aero-medical examination is signed following the explanation of its content to Applicant by the AME / AMS, which will sign as a witness and is attached to the application form for a medical certificate. The informed consent for the selection of the aero-medical examination cannot be replaced by the informed consent for a medical intervention which is completed in accordance with the Order of the Ministry of Health no. 303/2010.

<b>1. The Republic of Moldova</b>	<b>17. LAST APPLICATION FOR A MEDICAL CERTIFICATE:</b> State date (day, month, year) and place (town, country) Initial applicants state 'NONE'.
<b>2. MEDICAL CERTIFICATE APPLIED FOR:</b> Tick appropriate box. Class 1, Class 2, Class 3, CC - Cabin crew members Other - LAPL	<b>18. LICENCE(S) HELD (TYPE):</b> State type of licence(s) held. Enter licence number and State of issue. If no licences are held, state 'NONE'.
<b>3. SURNAME:</b> State surname/family name.	<b>19. ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE(S)/MEDICAL CERTIFICATE:</b> Tick appropriate box and give details of any limitations on your licence(s)/medical certificate, e.g. vision, colour vision, safety pilot, etc.
<b>4. PREVIOUS SURNAME(S):</b> If your surname or family name has changed for any reason, state previous name(s).	<b>20. MEDICAL CERTIFICATE DENIAL, SUSPENSION OR REVOCATION:</b> Tick 'YES' box if you have ever had a medical certificate denied, suspended or revoked, even if only temporary. If 'YES', state date (dd/mm/yyyy) and country where it occurred.
<b>5. FORENAME(S):</b> State first and middle names (maximum three).	<b>21. FLIGHT TIME TOTAL:</b> State total number of hours flown.
<b>6. DATE OF BIRTH:</b> Specify in order dd/mm/yyyy.	<b>22. FLIGHT TIME SINCE LAST MEDICAL:</b> State number of hours flown since your last medical examination


	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		27

<p><b>7. SEX:</b> Tick appropriate box.</p>	<p><b>23. AIRCRAFT CLASS/TYPE(S) PRESENTLY FLOWN:</b> State name of principal aircraft flown, e.g. Boeing 737, Cessna 150, etc.</p>
<p><b>8. PLACE AND COUNTRY OF BIRTH:</b> State town and country of birth..</p>	<p><b>24. ANY AVIATION ACCIDENT OR REPORTED INCIDENT SINCE LAST MEDICAL EXAMINATION:</b> If 'YES' box ticked, state date (dd/mm/yyyy) and country of accident/incident.</p>
<p><b>9. NATIONALITY:</b> State name of country of citizenship.</p>	<p><b>25. TYPE OF FLYING INTENDED:</b> State whether airline, charter, single-pilot, commercial air transport, carrying passengers, agriculture, pleasure, etc.</p>
<p><b>10. PERMANENT ADDRESS:</b> State permanent postal address and country. Enter telephone area code as well as telephonenumber.</p>	<p><b>26. PRESENT FLYING ACTIVITY:</b> Tick appropriate box to indicate whether you fly as the SOLE pilot or not.</p>
<p><b>11. POSTAL ADDRESS (IF DIFFERENT):</b> If different from permanent address, state full current postal address including telephone number and area code. If the same, enter 'SAME'.</p>	<p><b>27. DO YOU DRINK ALCOHOL?</b> Tick applicable box. If yes, state weekly alcohol consumption e.g. 2 litres beer</p>
<p><b>12. APPLICATION:</b> Tick appropriate box.</p>	<p><b>28. DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION:</b> If 'YES', give full details - name, how much you take and when, etc. Include any non-prescription medication.</p>
<p><b>13. REFERENCE NUMBER:</b> State reference number allocated to you by the CAA. Initial applicants enter 'NONE'</p>	<p><b>29. DO YOU SMOKE TOBACCO?</b> Tick applicable box. Current smokers state type (cigarettes, cigars, pipe) and amount (e.g. 2 cigars daily; pipe – 1 oz. weekly)</p>
<p><b>14. TYPE OF LICENCE APPLIED FOR (OR INTENDED):</b> State type of licence applied for from the following list: ATPL, MPL, CPL/IR, CPL, PPL/IR, PPL, LAPL, Airplane, helicopter, ATC Other: CC / engineer / flight dispatcher etc.</p>	<p><b>GENERAL AND MEDICAL HISTORY</b> All items under this heading from number 101 to 179 inclusive should have the answer 'YES' or 'NO' ticked. You should tick 'YES' if you have ever had the condition in your life and describe the condition and approximate date in the (30) remarks section. All questions asked are medically important even though this may not be readily apparent.  Items numbered 170 to 179 relate to immediate family history, whereas items numbered 150 to 151 should be answered by female applicants only.</p>



	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		28

	<p>If information has been reported on a previous application form for a medical certificate and there has been no change in your condition, you may state 'Previously reported; no change since'. However, you should still tick 'YES' to the condition.</p>
<p><b>15. OCCUPATION (PRINCIPAL):</b> Indicate your principal employment.</p>	<p>Do not report occasional common illnesses such as colds.</p>
<p><b>16. EMPLOYER:</b> state employer's name or if selfemployed, state 'self'.</p>	<p><b>31. DECLARATION AND CONSENT TO OBTAINING AND RELEASING INFORMATION:</b> Do not sign or date these declarations until indicated to do so by the AME who will act as witness and sign accordingly.</p>

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		29

**Строго конфиденциально  
(для медицинского пользования)**

**Заявление на получение медицинского сертификата\***

Заполните эту страницу полностью и печатными буквами согласно инструкции по заполнению

для кабинного экипажа выдаётся медицинское заключение\*.

(1) Республика Молдова	(2) Заявление на получение медицинского сертификата по классу 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> .....	
(3) Фамилия:	(4) Предыдущие фамилии:	(12) Заявление: Первоначальное <input type="checkbox"/> Повторное подтверждение <input type="checkbox"/> Возобновление <input type="checkbox"/>
(5) Имя:	(6) Дата рождения:	(7) Пол: М <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/>
(8) Страна и место рождения:	(9) Гражданство:	(13) Номер:
(10) Постоянный адрес:  Страна:  Телефон:  мобильный:  e-mail:	(11) Почтовый адрес: (если отличается):  Страна:  Телефон:	(14) Тип сертификата:
		(15) Профессия (основная):
		(16) Работодатель:  (17) Предыдущее авиамедицинское освидетельствование: Дата: Место:
(18) Имеющийся сертификат (тип):  Номер сертификата: Государство выдачи:	(19) ) Какие-либо ограничения сертификата /медицинского сертификата Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Подробности:	
(20) Были ли у Вас когда либо отказы в выдаче мед. серт., приостановлены или отозваны мед. серт. любым из государств, выдающих свидетельства? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Дата:	(21) Общий налет часов N/A <input type="checkbox"/>	(22) Налет часов от последней мед. экспертизы: N/A <input type="checkbox"/>
	(23) На каком типе самолета летаете в настоящее время	

Страна: Подробности:	N/A <input type="checkbox"/>
(24) Какое либо авиац. происшествие / инцидент от последней мед. экспертизы? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Дата: Место: Подробности:	(25) Предполагаемый вид полетов  N/A <input type="checkbox"/>
	(26) Летная деятельность в настоящее время: односоставный экипаж <input type="checkbox"/> многосоставный экипаж <input type="checkbox"/>  Деятельность диспетчера управления воздушным движением в настоящее время: ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/>
(27) Употребляете ли Вы алкоголь?  Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> количество:	(28) Употребляете ли вы регулярно медикаментозные средства? Нет <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> лекарство, доза, дата начала приема и причина:
(29) Курите ли Вы? Нет, никогда <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> когда прекратили? Да <input type="checkbox"/> когда начали: тип и количество:	

**Общий и медицинский анамнез:** имеете ли Вы или имели в прошлом что-либо из следующего? (пожалуйста, отметьте)

**Если ДА, отметьте это в рубрике „Примечания (30)”.**

ДА    НЕТ

ДА    НЕТ

ДА    НЕТ

Семейный  
анамнез

ДА    НЕТ


101	Заболевания /операции на глазах			112	Заболевания носа, горла, изм.речи			123	Малярия или др. тропич. заболевания			170	Заболевания сердца		
102	Носили ли Вы очки и/или контактные линзы			113	Травмы головы и наруш. сознания			124	Полож. тест на ВИЧ инфекцию			171	Высокое артериальное давление		
				114	Частые или сильные голов. боли			125	Инфекции, перед.половым путем			172	Высокий уровень холестерина		
103	Изменения в очках/контактных линзах за			115	Головокружения или обмороки			126	Нарушения сна / апноэ во сне			173	Эпилепсия		
				116	Потери			127	Скелетно-			174	Психическое		

	период с пред. экспертизы			сознания по любой причине			мышечные нарушения			расстройство/попытки самоубийства		
104	Сенная лихорадка, др. аллергия		117	Неврологические заболевания, инсульт, эпилепсия, судороги, паралич и др.		128	Другие заболевания или травмы		175	Диабет		
105	Астма или заболевания легких					129	Госпитализация в больницу		176	Туберкулёз		
106	Заболевания сердца или сосудов		118	Какие либо психиатрические/ психологические нарушения		130	Посещения врача за период с предыдущей экспертизы		177	Аллергия/астма /экзема		
107	Высокое или низкое арт. давление								178	Наследственное заболевание		
108	Камни в почках или кровь в моче		119	Злоупотребление алкоголем/наркотиками/запрещенными веществами		131	Отказ от страхования жизни		179	Глаукома		
109	Диабет, гормональные нарушения		120	Попытки самоубийства/причинение себе вреда		132	Отказ в выдаче сертификата авиационного персонала		Только для женщин:			
110	Заболевания желудка, печени или кишечника		121	Укачивание, требующее прием медикаментов		133	Отказ от воинской службы по медицинским показаниям		150	Гинекологические заболевания, нарушения менструации		
111	Глухота, заболевания уха		122	Анемия/ другие заболевания крови		134	Назначение пенсии или компенсации по травме или заболеванию		151	Беременны ли Вы??		

(30) **Примечание:** Отметьте, если ранее сообщалось и изменений не произошло:

(31) **Заявление:** Настоящим заявляю, что, насколько мне известно, все указанное выше заполнено полностью и правильно, не утаивается никакая относящаяся к делу информация и не делаются никакие ложные заявления. Я осознаю, что при введении в заблуждение или даче ложной информации в данном заявлении или при не предоставлении известной мне дополнительной медицинской информации, Сертифицирующий орган может отказать мне в выдаче медицинского сертификата или лишить уже выданного медицинского сертификата, несмотря на применяемое в данном случае законодательство.

**СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:** Настоящим утверждаю, что вся информация, содержащаяся в данном заявлении, равно как и в любом или во всех прилагаемых документах, является доступной АМЕ и, при необходимости, AMS ОГА, соответствующим медицинским специалистам, АМЕ/AMS другого государства, для авиамедицинской оценки или в рамках процедуры второго рассмотрения, принимая во внимание, что все эти документы и какие либо другие компьютерные данные используются для медицинской оценки, становятся и остаются собственностью Сертифицирующего органа,

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		32

учитывая, что я и мой личный врач имеем доступ к ним, согласно национальному законодательству. Конфиденциальность медицинской информации соблюдается всё время

**Согласие на обработку персональных данных:** я заявляю, что я был проинформирован и понимаю, что мои данные медицинского освидетельствования в соответствии с п. ARA.MED.150 ПП № 204/2020, могут храниться в электронном виде и предоставляться АМЕ для предоставления исторических данных, предусмотренных в п. MED.A.035 (b) (2) (ii) - (iii) ПП № 204/2020, и предоставляться в распоряжение медицинских экспертов компетентных органов из других государств для облегчения применения положений п. ARA.MED.150(c)(4) ПП № 204/2020.

.....


Дата

.....

Подпись заявителя

.....

Подпись АМЕ (врача экзаменатора)

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		33

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО СЕРТИФИКАТА

Это заявление вместе со всеми необходимыми формами отчетов, в зависимости от обстоятельств, будет отправлена в сертифицирующий орган.

Необходимо всегда соблюдать конфиденциальность медицинских данных.


Заявитель ответит лично и полностью на вопросы в заявлении. Запись будет осуществляться ручкой, заглавными буквами, и текст должен быть разборчивым. Также можно заполнить эту форму в печатном виде. Если для ответа на вопросы требуется дополнительное пространство, будет использоваться белый лист с именем и подписью заявителя вместе с датой заполнения. Следующие пронумерованные инструкции относятся к соответствующим пронумерованным полям в Форме заявления.

Частичное заполнение формы или неразборчивое написание может привести к отказу в принятии заявления. Предоставление ложной, ошибочной или неполной информации, необходимой для заполнения этой формы, может привести к отказу в выдаче медицинского сертификата или отзыву любого выданного медицинского сертификата, а также к уголовному преследованию.


Заявитель имеет право отказаться от любого теста и потребовать вмешательства AMS. Это может привести к временному прекращению медицинского освидетельствования.

Информированное согласие для прохождения авиамедицинского освидетельствования подписывается после объяснения AME / AMS его содержания Заявителю, которое подписывается также AME / AMS в качестве свидетеля, и прилагается к заявлению на получение медицинского сертификата. Информированное согласие для авиамедицинского освидетельствования не может быть заменено информированным согласием на медицинское вмешательство, которое выполнено в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения № 303/2010.

<b>1. Укажите Республика Молдова</b>	<b>17. Предыдущее авиамедицинское освидетельствование:</b> Укажите дату (день, месяц, год) и место (город, страна), или "НЕТ" если это первоначальное авиамедицинское освидетельствование.
<b>2. Заявление на получение медицинского сертификата по классу:</b> Поставьте галочку. СС – кабинный экипаж Другое: LAPL	<b>18. Имеющийся сертификат (тип):</b> Напишите тип сертификата, так как он указан в п. 14, а также его номер и государство выдачи. Если у Вас нет сертификата авиационного персонала, укажите: "НЕТ".
<b>3. Фамилия:</b> Укажите фамилию	<b>19. Какие-либо ограничения сертификата /медицинского сертификата:</b> Поставьте галочку и подробно опишите любые ограничения сертификата/медицинского сертификата. Напр.: хроматическое зрение, запасной пилот и др..
<b>4. Предыдущие фамилии:</b> Укажите предыдущую фамилию, если она была	<b>20. Были ли у Вас когда либо отказы в выдаче мед. серт., приостановлены или отозваны мед. серт. любым из государств, выдающих свидетельства:</b>


	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		34

изменена по различным причинам.	Отметьте положительный ответ, даже если отказы или отзыв имели временный характер. Укажите дату и государство.
<b>5. Имя:</b> Укажите имя (максимум 3)	<b>21. Общий налет часов:</b> Укажите общий налет часов.
<b>6. Дата рождения:</b> День, месяц, год - цифрами.	<b>22. Налет часов от последней мед. экспертизы:</b> Укажите налет часов от последней медицинской экспертизы.
<b>7. Пол:</b> Поставьте галочку.	<b>23. На каком типе самолета летаете в настоящее время:</b> Напишите название основного типа пилотируемого самолета. Напр., Boeing 737, Cessna150, др.
<b>8. Страна и место рождения:</b> Укажите страну и место рождения	<b>24. Какое либо авиац. происшествие / инцидент от последней мед. экспертизы:</b> Если отмечаете положительный ответ, укажите дату и страну происшествия / инцидента.
<b>9. Гражданство:</b> Укажите название страны.	<b>25. Предполагаемый вид полетов:</b> Напр., перевозка пассажиров (single-pilot commercial air transport carrying pas.), сельское хозяйство, развлекательная авиация и др..
<b>10. Постоянный адрес:</b> Напишите постоянный почтовый адрес, включая страну и номер телефона, которому предшествует код страны.	<b>26. Летная деятельность в настоящее время:</b> односоставный экипаж <input type="checkbox"/> многосоставный экипаж <input type="checkbox"/>  Деятельность диспетчера управления воздушным движением в настоящее время: ADI <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/>  Поставьте галочку.
<b>11. Почтовый адрес:</b> Если он отличается от постоянного адреса, укажите его полностью, включая номер телефона, которому предшествует код страны. Если нет, напишите: «ТОТ ЖЕ».	<b>27. Употребляете ли Вы алкоголь?</b> Если ДА, укажите количество потребляемого алкоголя за неделю. Напр., 2 л. пива
<b>12. Заявление:</b> Поставьте галочку.	<b>28. Употребляете ли вы регулярно медикаментозные средства?</b> Если ДА, укажите в деталях какое лекарство, доза, дата начала приема и причина. Также укажите лекарства,

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		35

	отпускаемые без рецепта.
<b>13. Номер:</b> Напишите номер, предоставленный вам Органом гражданской авиации. Первоначальные заявители напишут: «НЕТ номера».	<b>29. Курите ли Вы?</b> Поставьте галочку. Курильщики должны указать тип табака (сигареты, сигары, трубка) и количество Напр.,: 2 сигары в день; трубка - 1 унция еженедельно.
<b>14. Тип свидетельства:</b> Напишите тип свидетельства: ATPL, MPL, CPL/IR, CPL, PPL/IR, PPL, LAPL Самолет, вертолет, СТА Другое: укажите СС – cabinный экипаж, инженер, полетный диспетчер, др.	<b>Общий и медицинский анамнез</b> На все вопросы 101–179 включительно ответьте «да» или «нет», отметив соответствующий столбец. Ответьте «да», если вы когда-либо страдали от перечисленного состояния, и напишите краткое описание состояния, включая приблизительную дату, в разделе «30. Примечание». Все вопросы имеют большое медицинское значение, даже если у вас нет такого впечатления. Пункты 170–179 относятся к семейному анамнезу, а вопросы 150–151 предназначены только для женщин. Если информация была указана в другой форме заявки на медицинское освидетельствование и с тех пор ничего не изменилось, вы можете написать: «Ранее сообщалось / без изменений». Однако вы должны отметить положительный ответ на этот вопрос. Не следует сообщать о распространенных, случайных заболеваниях, например о простуде.
<b>15. Профессия (основная):</b> Укажите основную профессию.	Если информация была указана в другой форме заявки на медицинское освидетельствование и с тех пор ничего не изменилось, вы можете написать: «Ранее сообщалось / без изменений». Однако вы должны отметить положительный ответ на этот вопрос. Не следует сообщать о распространенных, случайных заболеваниях, например о простуде.
<b>16. Работодатель:</b> Укажите название работодателя, на которого Вы работаете, или «самостоятельно» если применимо в Вашем случае.	<b>31. Заявление и согласие на получение и разглашение предоставленной вами информации:</b> Подписывайте и пишите дату заполнения формы, только в присутствии АМЕ, который подпишется в качестве свидетеля.



	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		36

**Fișa medicală confidențială**

**ACORDUL INFORMAT**

**la selecția pentru examinarea aeromedicală**

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_,  
data nașterii \_\_\_\_\_,

declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 352<sup>1</sup> ale Codului Penal al Republicii Moldova cu privire la falsul în declarații, că datele următoare furnizate în acest formular sunt adevărate:

1. Nu dețin și nu am solicitat nici un certificat / raport medical cu același domeniu de aplicare și în aceeași categorie, emis sau care a fost revocat ori suspendat în orice alt stat, în baza AMC&GM la HG nr.204/2020 pct. AMC1 ARA.GEN.315 și sunt de acord cu verificarea informațiilor personale furnizate în vederea obținerii / deținerii unui certificat medical aeronautic.

2. Sunt de acord să efectuez examinarea medicală extinsă, investigațiile complementare (consulturi interdisciplinare la specialiști, analize de laborator, investigații de radiologie imagistică, explorări funcționale relevante), atunci când acestea îmi sunt recomandate de medicul AME / AMS, în condițiile indicate de acesta în cadrul procesului de certificare aeromedicală.

3. Îmi asum obligația de a mă prezenta în aceeași zi la Institutul de Medicină Legală la indicația AME dacă sunt depistat pozitiv la testarea pentru alcool, droguri sau substanțe psihoactive interzise în cazul când nu accept rezultatul, am obiecții sau urmează să contest concluzia testului efectuat. Neprezentarea în vederea obținerii buletinului toxicologic medico-legal, opozant bazat pe o metodă alternativă precum și a unui certificat psihiatric medico-legal doveditor, urmare a repetării expertizei psihiatrice implică amânarea sau refuzul eliberării certificatului medical aeronautic corespunzător.

4. Datele mele personale ce vor fi prelucrate sunt următoarele: nume, prenume; IDNP, documentul de identitate, adresa de domiciliu / reședință, email, număr telefon, situație medicală, situație profesională, situație aeronautică, ocupație; funcție, loc de muncă, studii; stare de sănătate. Datele medicale se păstrează cât timp este necesar pentru realizarea scopurilor menționate mai sus sau pe perioada prevăzută de lege. Datele furnizate de mine corespund realității iar în cazul apariției modificărilor față de cele înscrise am luat la cunoștință obligația actualizării în cel mai scurt timp.

5. Sunt de acord să fie raportate datele mele personale la AAC și să fie transmise către alte autorități aeronautice, în caz de solicitare justificată precum și a tuturor informațiilor sau documentelor ce conțin informații medicale confidențiale referitoare la starea mea de sănătate cum ar fi, dar fără limitarea la: istoric medical, limitări, restricții, antecedente de fraudare, sancțiuni etc. Sunt de acord cu utilizarea datelor mele cu caracter medical și în scopuri statistice de cercetare științifică sau administrativă în conformitate cu Legea privind protecția datelor cu caracter personal nr. 133/2011.

**Data:**


**Semnătura Solicitantului:**

**Semnătura și parafa  
AME:**

.....

.....

.....

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		37

**Medical in confidence**

**INFORMED CONSENT  
for the selection of the aero-medical examination**

Undersigned \_\_\_\_\_,  
date of birth \_\_\_\_\_,

declare on my own responsibility, knowing the provisions of art. 3521 of the Criminal Code of the Republic of Moldova regarding false statements, that the following data provided in this form are true:

1. I do not hold and have not requested any medical certificate / report with the same scope and in the same category, issued or revoked or suspended in any other state, based on AMC & GM at GD no. 204/2020 point AMC1 ARA.GEN.315 and agree to the verification of the personal information provided in order to obtain / hold an aeronautical medical certificate.

2. I agree to carry out the extended medical examination, complementary investigations (interdisciplinary consultations with specialists, laboratory analyzes, imaging radiology investigations, relevant functional explorations), when these are recommended to me by the AME / AMS, under the conditions indicated by him in within the aero-medical certification process.

3. I undertake to report to the Institute of Forensic Medicine on the same day at the indication of AME if I test positive for alcohol, drugs or banned psychoactive substances if I do not accept the result, I have objections or I will contest the conclusion of the test. Failure to obtain the forensic toxicological bulletin, opponent based on an alternative method and a proving forensic psychiatric certificate, following the repetition of psychiatric expertise involves postponing or refusing to issue the appropriate aeronautical medical certificate.

4. My personal data that will be processed are the following: surname; forename(s), IDNP, identity document, domicile / residence address, email, telephone number, medical situation, professional situation, aeronautical situation, occupation; position, job, studies; health condition. Medical data shall be kept for as long as is necessary to achieve the purposes mentioned above or for the period provided by law. The data provided by me correspond to reality and in case of changes compared to those entered, I have taken note of the obligation to update as soon as possible.

5. I agree to have my personal data reported to the CAA and to be transmitted to other aeronautical authorities, in the event of a justified request as well as any information or documents containing confidential medical information relating to my health such as, but without limitation to: medical history, limitations, restrictions, history of fraud, sanctions, etc. I agree to the use of my medical data and for statistical purposes of scientific or administrative research in accordance with the Law on the protection of personal data no. 133/2011.

**Date:**


**Applicant's signature:**

**AME signature:**

.....

.....

.....

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		38

**Строго конфиденциально  
(для медицинского пользования)**

**Информированное согласие  
для прохождения авиамедицинского освидетельствования**

Нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_,  
дата рождения \_\_\_\_\_,

заявляю со всей ответственностью, зная положения ст. 352<sup>1</sup> Уголовного кодекса Республики Молдова о ложных заявлениях в декларациях, что данные, представленные ниже, являются правдой:

1. Я не владею и не запрашивал(а) никакие медицинские свидетельства / заключения в той же области и в той же категории, выданные или отозванные или приостановленные в любом другом государстве, в соответствии с п. AMC1 ARA.GEN.315 AMC&GM к ПП nr.204/2020, и согласен(сна) с проверкой личных данных, предоставленных для получения / владения авиамедицинского свидетельства / заключения.

2. Я согласен провести расширенное медицинское обследование, дополнительные обследования (междисциплинарные консультации со специалистами, лабораторные анализы, рентгенологические исследования, соответствующие функциональные обследования), когда они рекомендованы мне врачом AME / AMS, в условиях, указанных им в процессе авиамедицинского освидетельствования.

3. Я обязуюсь явиться в Институт судебной медицины в тот же день по указанию AME, если у меня положительный результат на алкоголь, наркотики или запрещенные психоактивные вещества, если я не согласен с результатом, у меня есть возражения или я оспорю заключение теста. Непредставление отрицательного судебно-токсикологического результата, основанного на альтернативном методе, а также доказывающего свидетельства судебно-психиатрической экспертизы после повторной психиатрической экспертизы означает отсрочку или отказ в выдаче соответствующего авиационного медицинского свидетельства / заключения.

4. Мои персональные данные, которые будут обрабатываться, следующие: имя, фамилия; IDNP, документ, удостоверяющий личность, место жительства / адрес проживания, электронная почта, номер телефона, медицинское положение, профессиональная ситуация, авиационная ситуация, род занятий; должность, работа, учеба; состояние здоровья. Медицинские данные хранятся до тех пор, пока это необходимо для достижения целей, упомянутых выше, или в течение периода, предусмотренного законом. Предоставленные мной данные соответствуют действительности, и в случае появления изменений, я обязуюсь обновить их в самые короткие сроки.

5. Я согласен на передачу моих персональных данных в ОГА и их передачу другим авиационным властям в случае обоснованного запроса, а также всей информации или документов, содержащих конфиденциальную медицинскую информацию, касающуюся состояния моего здоровья, как например, но не ограничиваясь: историей болезни, ограничениями, данными о подлоге информации, санкциями и т. д. Я даю согласие на использование моих медицинских данных и для статистических целей научных или административных исследований в соответствии с Законом о защите персональных данных No. 133/2011.

Дата:


Подпись Заявителя:

Подпись AME:

.....

.....

.....

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		39


**FIȘĂ MEDICALĂ CONFIDENȚIALĂ**  
**RAPORT DE EXAMINARE AEROMEDICALĂ**

(201) Categoria examinării: Inițial <input type="checkbox"/> Revalidare <input type="checkbox"/> Reînnoire <input type="checkbox"/> Trimitere specială <input type="checkbox"/>	(202) Înălțime (cm)	(203) Greutate (kg)	(204) Culoarea ochilor	(205) Culoarea părului	(206) Tensiunea arterială – așezat (mmHg)		(207) Pulsul – în repaus		
					Sistolică	Diastolică	Rată (bpm)	Ritm regulat <input type="checkbox"/> neregulat <input type="checkbox"/>	
Examinare clinică:		<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>					<b>Normal</b>	<b>Anormal</b>
<b>Marchează fiecare articol</b>									
(208) Capul, fața, gâtul, scalp				(218) Abdomen, hernie, ficat, splină					
(209) Gură, faringe, dinți				(219) Anus, rect					
(210) Nas, sinusuri				(220) Sistem genito-urinar					
(211) Urechi, timpane, motilitatea timpanelor				(221) Sistemul endocrin					
(212) Ochi – orbitele + anexe; câmpul vizual				(222) Membre superioare + inferioare, articulații					
(213) Ochi – pupile și fund de ochi				(223) Coloană vertebrală, sistem musculo-scheletal					
(214) Ochi – motilitate oculară; nistagmus				(224) Sistemul neurologic - reflexe, etc					
(215) Plămâni, piept, sâni				(225) Psihiatrie					
(216) Inimă				(226) Piele, semne distincte și sistemul limfatic					
(217) Sistem vascular				(227) Starea generală					
(228) <b>Notă:</b> Descrie orice este anormal. Înaintea fiecărui comentariu, indică numărul de ordine a articolului									

**Acuitatea vizuală**

(229) Vederea la distanță de 5m / 6m				
	Necorectat		Ochelari	Lentile de contact
Ochiul drept		Corectat cu		
Ochiul stâng		Corectat cu		
Ambii ochi		Corectat cu		

(230) Vedere intermediară N14 la 100 cm	Necorectat		Corectat	
	Da	Nu	Da	Nu
Ochiul drept				
Ochiul stâng				
Ambii ochi				

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		40


(231) <i>Vedere de aproape</i>	Necorectat		Corectat	
<i>N5 la 30 – 50 cm</i>	Da	Nu	Da	Nu
Ochiul drept				
Ochiul stâng				
Ambii ochi				
(232) Ochelari	(233) Lentile de contact			
Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>			
Tip:	Tip:			
Refracție	Sferice	Cilindrice	Axis	Add
Ochiul drept				
Ochiul stâng				

(313) Percepția culorilor	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Planșe pseudo-izocromatice	Tip: Ishihara (24 planșe)	
Nr. de planșe:	Nr. de erori:	

(234) Auzul (când 241 este neefectuat)	Urechea dreaptă	Urechea stângă		
Test - voce de conversație la 2 m	Da <input type="checkbox"/>	Da <input type="checkbox"/>		
Întors cu spatele la examinator	Nu <input type="checkbox"/>	Nu <input type="checkbox"/>		
Audiometrie				
Hz	500	1000	2000	3000
Dreapta:				
Stânga:				

(236) Funcție pulmonară	(237) Hemoglobină		
FEV1 / FVC _____%	_____ (unități)		
Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		
(235) Analiza urinei	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>		
Glucoză	Proteine	Sânge	Altele

	Normal	Anormal / Comentarii
(238) EKG		
(239) Audiogramă		
(240) Oftalmologie		
(241) ORL (ENT)		
(242) Lipide în sânge		
(243) Funcție pulmonară		
(244) Altele (ce?)		

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		41

--	--	--


**(247) Recomandările examinatorului aeromedical**

Numele aplicantului:	Data nașterii	Nr. registru
.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> <b>APT CLASA</b> ..... <input type="checkbox"/> Certificat medical emis de subsemnat (copie atașată) pentru clasa: ..... <input type="checkbox"/> <b>INAPT CLASA:</b> ..... <input type="checkbox"/> Amânat pentru evaluare ulterioară. Dacă da, de ce și cui?		
<b>(248) Comentarii, limitări</b>		

**(249) Declarația medicului examinator**

Prin aceasta certific că eu / grupul meu AME am examinat solicitantul nominalizat în această raport medical de examinare și că acest raport împreună cu toate anexele conținute este complet și corect.

(250) Locul și data:  Semnătura examinatorului medical autorizat	Numele și adresa examinatorului: ( <i>cu majuscule</i> ) Telefon: Fax: E-mail :	Parafa AME cu codul medicului:
--	---	-----------------------------------

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		42

## INSTRUCȚIUNI PENTRU COMPLETAREA RAPORTULUI DE EXAMINARE AEROMEDICALĂ

Medicul AME care efectueaza examinarea trebuie sa verifice identitatea solicitantului.

Toate întrebările (rubricile) Raportului de Examinare Medicală trebuie să le completați.

Dacă este atașat un Raport de Examinare ORL, întrebările 209, 210, 211 și 234 pot fi omise.

Dacă este atașat un Raport de Examinare Oftalmologică, întrebările 212, 213, 214, 229, 230, 231, 232 și 233 pot fi omise.

Trebuie să scrieți clar, cu LITERE DE TIPAR și folosind un pix. Completarea formularului la calculator este de asemenea acceptată. Dacă este necesar spațiu suplimentar pentru a răspunde la o anumită întrebare, adăugați o foaie de hartie cu numele solicitantului, numele și semnatura AME și data completării.

Instrucțiunile următoare se aplică la întrebările cu numărul corespunzător din Raportul de Examinare Medicală.

Completarea raportului de examinare parțial sau ilizibil poate duce la neacceptarea cererii în totalitate și poate conduce la retragerea oricărui certificat medical emis. Declarațiile false, exprimările interpretabile sau refuzul de a furniza informații relevante de către AME pot avea drept rezultat urmărirea în justiție, respingerea formularului sau retragerea oricărui certificat medical acordat.

Zonele hașurate nu vor fi completate în formularul de Raport de Examinare Medicală pentru LAPL.

**201. CATEGORIA EXAMINĂRII** – Marcați căsuța corespunzătoare.

Inițial – Examinare inițială pentru fiecare dintre Clasa 1 sau 2; de asemenea pentru examinarea inițială de trecere din Clasa 2 în 1 sau de la LAPL la Clasa 2 (Se va nota „trecere” în Secțiunea 248) Reînnoire/Revalidare – examinări de rutină. Reînnoire/Revalidare extinsă – examinări de rutină care includ ex. ORL și Oftalmologice complete.

**202. ÎNĂLȚIME** – examinatul trebuie să fie desculț și cifra obținută trebuie rotunjită la cel mai apropiat cm.

**203. GREUTATE** – examinatul trebuie să fie îmbrăcat subțire și greutatea trebuie rotunjită la cel mai apropiat kg.

**204. CULOAREA OCHILOR** – alegeți una din următoarele culori: căprui, albaștri, verzi, gri, căprui închis, multicolor.

**205. CULOARE PĂRULUI** – alegeți una din următoarele: castaniu, negru, roșcat, blond,chel.

**206. TENSIUNEA ARTERIALĂ** – tensiunea arterială va trebui înregistrată ca Faza 1 pentru presiunea sistolică și Faza 5 pentru presiunea diastolică. Examinatul trebuie să stea jos și să fie odihnit. Rezultatele vor trebui să fie înregistrate în mmHg.

**207. PULS** (în repaus) – se va înregistra rata pulsului în bătăi pe minut și ritmul cardiac: regulat/neregulat. Comentariile adiționale pot fi incluse la 228 și 248 / separat.


SECȚIUNILE 208-227 inclusiv, constituie ex. generală clinică și fiecare din ele trebuie marcate Normal sau Anormal.

**208. CAPUL, FAȚA, GÎTUL, SCALPUL** – include aspectul fizic, motilitatea gâtului și a feței, simetria etc.

**209. GURA, CAVITATEA BUCALĂ, DINȚII** – aspectul cavității bucale, a migdalelor, a faringelui, gingiilor, dinților, limbii precum și motilitatea palatină.

**210. NASUL, SINUSURILE** – aspectul, evidențe ale unei obstrucții nazale sau sensibilitatea sinusurilor la palpare.

**211. URECHILE, TIMPANELE, MOTILITATEA TIMPANELOR** – include examenul clinic al urechii externe, otoscopia canalului auditiv extern și a membrane timpanice, inclusiv investigarea

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		43

motilității timpanului prin manevra Valsalva și otoscopie pneumatică.

**212. OCHII – ORBITELE, ANEXELE OCULARE, CÎMPUL VIZUAL** –examenul trebuie să includă aspectul, poziția și mișcarea ochilor, a anexelor oculare, inclusiv a pleoapelor și a conjunctivelor. Verificarea câmpului vizual se va face prin campimetrie, perimetrie sau confruntare.

**213. OCHII – PUPILELE ȘI FUNDUL DE OCHI** – trebuie să includă aspectul, mărimea, reflexele, reflexul la roșu și examenul de fund de ochi. Acordați atenție specială cicatricelor de pe cornee.

**214. OCHII – MOBILITATEA OCULARĂ, NYSTAGMUS** – trebuie să includă intervalul de mișcare a ochilor în toate direcțiile; simetria mișcării ambilor ochi; echilibrul muschiului ocular; convergenta; acomodarea; semne de nistagmus.

**215. PLĂMÎNII, PIEPTUL, SÂNI** – inspectarea pieptului pentru detectarea unor posibile deformări, cicatrici rezultate în urma unor intervenții chirurgicale, anormalitatea mișcărilor respiratorii, ascultarea pulmonară. Examinarea sânilor la persoanele de sex feminin se va efectua după obținerea consimțământului informat.

**216. INIMA** –examenul include palparea șocului apexian, poziția, auscultația zgomotelor cardiace, decelarea unor sufluri sau zgomote supraadaugate cardiace, auscultația carotidei, palparea de triluri.

**217. SISTEMUL VASCULAR** – examinarea pentru a decela prezența varicelor, caracterul și intensitatea pulsului, pulsul periferic, semne ale unor boli vasculare periferice.

**218. ABDOMENUL, HERNIA, FICATUL, SPLINA** – inspectarea abdomenului, palparea organelor interne; verificarea herniilor inghinale, în special.

**219. ANUS, RECT** – examinarea se va face numai cu consimțământul celui examinat.

**220. SISTEMUL GENITO-URINAR** – palparea renală; inspectarea organelor reproductive se va face numai cu aprobarea candidaților.

**221. SISTEMUL ENDOCRIN** – inspectarea, palparea pentru determinarea prezenței unor anomalii/dezechilibre hormonale; glanda tiroidă.

**222. MEMBRELE SUPERIOARE ȘI INFERIOARE, ARTICULAȚIILE** – mobilitatea membrelor și a articulațiilor, anomalii (malformații), reducerea parțială sau totală a mobilității acestora; semne de artrită.

**223. COLOANA VERTEBRALĂ, ALTE COMPONENTE ALE SISTEMULUI OSTEOMUSCULAR ȘI OSOS** – mobilitatea articulațiilor, anomalii.

**224. SISTEMUL NEUROLOGIC – REFLEXE, ETC.** include reflexele, sensibilitatea, forța musculară, sistemul vestibular – echilibru, testul Romberg etc.

**225. PSIHIATRIE** – aspect, stare psihică, tulburări de gândire/afectivitate sau de comportament.

**226. PIELE, SISTEMUL LIMFATIC, IDENTIFICAREA UNOR EVENTUALE CICATRICI** Inspectarea pielii; inspecția, palparea ganglionilor periferici, etc. Descrieți sumar orice semne particulare, cicatrici, tatuaje etc. care ar putea fi folosite pentru identificare.


**227. STAREA GENERALĂ** – toate celelalte domenii sau sisteme, inclusiv starea de nutriție.

**228. NOTA** – orice comentarii sau observații, descrierea celor constatate ca anormale. Puteți adauga pagini adiționale care trebuie semnate și datate.

**229. VEDEREA LA DISTANȚĂ – 5/6 METRI** – examinarea separată a fiecărui ochi precum și binoculară; mai întâi fără corecție, apoi cu ochelari (dacă sunt folosiți) și în cele din urmă cu lentile de contact (dacă sunt folosite). Înregistrați acuitatea vizuală în căsuța corespunzătoare. Acuitatea vizuală va trebui testată de la 5 sau 6 metri față de tabelul corespunzător vederii la distanță.

**230. VEDEREA INTERMEDIARĂ LA 1 METRU** – examinarea separată a fiecărui ochi precum și binoculară; mai întâi fără corecție, apoi cu ochelari (dacă sunt folosiți) și în cele din urmă cu lentile de contact (dacă sunt folosite). Înregistrați acuitatea vizuală prin abilitatea de a citi N14 la distanța de 100 cm.



	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		44

**231. VEDEREA DE APROAPE LA 30-50 CM** – examinarea separată a fiecărui ochi precum și împreună; mai întâi fără corecție, apoi cu ochelari (dacă sunt folosiți) și în cele din urmă cu lentile de contact (dacă sînt folosite). Înregistrați acuitatea vizuală în căsuța corespunzătoare (DA/NU) prin abilitatea de a citi tabela N5 la distanța de 30-50 cm.

*Notă:* Lentilele de contact bifocale cît și cele pentru corectarea vederii de aproape nu sînt acceptabile.

**232. OCHELARI** – marcați dacă sunt unifocali, bifocali, multifocali sau numai pentru citit.

**233. LENTILE DE CONTACT** – marcați căsuța corespunzătoare indicând dacă lentilele de contact sunt purtate sau nu. Dacă da, menționați tipul lor: dure, moi, care permit oxigenarea ochilor sau dacă sînt dispozabile.

**313. PERCEPTIA CULORILOR**- marcați căsuța dacă percepția culorilor este normală sau nu. Dacă percepția este anormală, notați numărul de planșe dintre primele 15 planșe pseudo-izocromatice (24 planșe Ishihara) care nu au fost corect citite.

**234. AUZUL** – marcați nivelul auzului așa cum a fost determinat la distanță de 2m.

**235. ANALIZA URINEI** – menționați dacă rezultatul analizei este normal sau nu, marcînd căsuța corespunzătoare. Dacă nu au fost detectați constituenți anormali, scrieți "nici unul" în spațiul corespunzător.

**236. FUNCȚIE PULMONARĂ** – dacă este cerută sau indicată, scrieți valoarea FEV1 / FVC obținută în % și dacă este normală sau nu pentru înălțimea, vârsta, sexul și rasa candidatului.

**237. HEMOGLOBINA** – indicați rezultatul testului de hemoglobină actual, în unitățile folosite. Notați dacă acesta este normal sau nu, marcînd căsuța corespunzătoare.


**238-244. RAPOARTELE INȘOȚITOARE** – marcați una dintre căsuțele din dreptul fiecărei secțiuni. Dacă testul nu este necesar și nu a fost executat, indicați acest lucru în căsuța corespunzătoare. Dacă testul a fost executat (indiferent dacă a fost necesar sau numai recomandat) marcați căsuța pentru "normal" sau "anormal", în funcție de rezultat. În cazul întrebării 244, trebuie menționat numărul de rapoarte atașate.

**247. RECOMANDAREA EXAMINATORULUI MEDICAL** – scrieți numele solicitantului cu litere de tipar și marcați căsuța corespunzătoare cu clasa Certificatului Medical. În cazul în care este recomandată aptitudinea medicală, trebuie să indicați dacă Certificatul Medical a fost eliberat sau nu. Un solicitant poate fi recomandat a fi apt pentru Clasa 2 și în același timp, inapt pentru Clasa 1. Dacă se face recomandarea de "inapt", atunci trebuie menționate paragrafele și capitolele HG 204/2020 Partea MED care au dus la această concluzie. Dacă un solicitant este redirecționat pentru o altă evaluare, indicați motivele Dvs. cît și numele medicului/Autorității de Certificare către care solicitantul este trimis.

**248. COMENTARI, RESTRICȚII, LIMITĂRI ETC.** – scrieți observațiile Dvs. și evaluarea anomaliilor descoperite în urma examinării sau detectată în antecedentele solicitantului. Menționați de asemenea orice limitare care este necesară.

**249. DETALII DESPRE EXAMINATORUL MEDICAL** – în această secțiune trebuie să semnați declarația, să completați numele și adresa Dvs. cu litere de tipar, numărul de tel/fax. Aplicați ștampila și parafa în căsuța corespunzătoare.

**250. LOCUL ȘI DATA** – completați numele localității și data efectuării ex. generale, nu data finalizării raportului. Dacă aceste date diferă, scrieți data finalizării în Secțiunea 248: "Raportul a fost finalizat la data de ....."

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		45

**MEDICAL IN CONFIDENCE**


**MEDICAL EXAMINATION REPORT FORM**

(201) Examination category Initial <input type="checkbox"/> Revalidation <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Special referral <input type="checkbox"/>	(202) Height (cm)	(203) Weight (kg)	(204) Colour eye	(205) Colour hair	(206) Blood pressure-seated (mmHg)		(207) Pulse - resting		
					Systolic	Diastolic	Rate (bpm)	Rhythm: regular <input type="checkbox"/> irregular <input type="checkbox"/>	
Clinical exam: Check each item		Normal	Abnormal					Normal	Abnormal
(208) Head, face, neck, scalp				(218) Abdomen, hernia, liver, spleen					
(209) Mouth, throat, teeth				(219) Anus, rectum					
(210) Nose, sinuses				(220) Genito-urinary system					
(211) Ears, drums, eardrum motility				(221) Endocrine system					
(212) Eyes - orbit & adnexa; visual fields				(222) Upper & lower limbs, joints					
(213) Eyes - pupils and optic fundi				(223) Spine, other musculoskeletal					
(214) Eyes - ocular motility; nystagmus				(224) Neurologic - reflexes, etc.					
(215) Lungs, chest, breasts				(225) Psychiatric					
(216) Heart				(226) Skin, identifying marks and lymphatics					
(217) Vascular system				(227) General systemic					
(228) Notes: Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment.									

**Visual acuity**

(229) Distant vision at 5m/6m				
	Uncorrected		Spectacles	Contact lenses
Right eye		Corr. to		
Left eye		Corr. to		
Both eyes		Corr. to		

(230) Intermediate vision N14 at 100 cm	Uncorrected		Corrected	
	Yes	No	Yes	No
Right eye				
Left eye				
Both eyes				
(231) Near vision	Uncorrected		Corrected	

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		46

<i>N5 at 30 – 50 cm</i>	Yes	No	Yes	No
Right eye				
Left eye				
Both eyes				
(232) Spectacles		(233) Contact lenses		
Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Type:		Type:		
Refraction	Sph	Cyl	Axis	Add
Right eye				
Left eye				


(313) Colour perception	Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>
Pseudo-isochromatic plates	Type: Ishihara (24 plates)	
No of plates:	No of errors:	

(234) Hearing (when 239/241 not performed)	Right ear		Left ear	
Conversational voice test (2m) with back turned to examiner	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Audiometry				
Hz	500	1000	2000	3000
Right:				
Left:				

(236) Pulmonary function	(237) Haemoglobin		
FEV1 / FVC _____%	_____ (unit)		
Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>		
(235) Urinalysis Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>			
Glucose	Protein	Blood	Other

#### Accompanying reports

	Normal	Abnormal / Comment
(238) EKG		
(239) Audiogram		
(240) Ophthalmology		
(241) ORL (ENT)		
(242) Blood lipids		
(243) Pulmonary function		
(244) Other (what?)		

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		47


--	--	--

**(247) AME recommendation:**

Name of applicant:	Date of birth:	Reference number:
.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Fit for class: ..... <input type="checkbox"/> Medical certificate issued by undersigned (copy attached) for class: ..... <input type="checkbox"/> Unfit for class: ..... <input type="checkbox"/> Deferred for further evaluation. If yes, why and to whom?		
<b>(248) Comments, limitations</b>  		

**(249) AME declaration:**  
 I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

(250) Place and date:	AME name and address:	AME certificate No.:
AME signature:	Telephone No.:	
	Telefax No.:	
	E-mail:	

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		48

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE MEDICAL EXAMINATION REPORT FORMS

The AME performing the examination should verify the identity of the applicant.

All questions (sections) on the medical examination report form should be completed in full. If an otorhinolaryngology examination report form is attached, then questions 209, 210, 211, and 234 may be omitted. If an ophthalmology examination report form is attached, then questions 212, 213, 214, 229, 230, 231, 232, and 233 may be omitted.

Writing should be legible and in block capitals using a ball-point pen. Completion of this form by typing/printing is also acceptable. If more space is required to answer any question, a plain sheet of paper should be used, bearing the applicant's name, the AME's name and signature, and the date of signing. The following numbered instructions apply to the numbered headings on the medical examination report form.

Failure to complete the medical examination report form in full, as required, or to write legibly, may result in nonacceptance of the application in total and may lead to withdrawal of any medical certificate issued. The making of false or misleading statements or the withholding of relevant information by an AME may result in criminal prosecution, denial of an application or withdrawal of any medical certificate(s) granted.

Shaded areas do not require completion for the medical examination report form for the LAPL.

**201. EXAMINATION CATEGORY** – Tick appropriate box.

Initial – Initial examination for either LAPL, class 1 or 2; also initial examination for upgrading from LAPL to class 2, or class 2 to 1 (notate 'upgrading' in box 248).

Renewal/Revalidation – Subsequent ROUTINE examinations.

Extended Renewal/Revalidation – Subsequent ROUTINE examinations, which include comprehensive ophthalmological and otorhinolaryngology examinations.

**202. HEIGHT** – Measure height, without shoes, in centimetres to nearest cm.

**203. WEIGHT** – Measure weight, in indoor clothes, in kilograms to nearest kg.

**204. COLOUR EYE** – State colour of applicant's eyes from the following list: brown, blue, green, hazel, grey, multi.

**205. COLOUR HAIR** – State colour of applicant's hair from the following list: brown, black, red, fair, bald.

**206. BLOOD PRESSURE** – Blood pressure readings should be recorded as Phase 1 for Systolic pressure and Phase 5 for Diastolic pressure. The applicant should be seated and rested. Recordings in mmHg.

**207. PULSE (RESTING)** – The pulse rate should be recorded in beats per minute and the rhythm should be recorded as regular or irregular. Further comments if necessary may be written in section 228, 248 or separately.


**208 to 227** inclusive constitute the general clinical examination, and each of the boxes should be marked (with a tick) as normal or abnormal.

**208. HEAD, FACE, NECK, SCALP** – To include appearance, range of neck and facial movements, symmetry, etc.

**209. MOUTH, THROAT, TEETH** – To include appearance of buccal cavity, palate motility, tonsillar area, pharynx and also gums, teeth and tongue.

**210. NOSE, SINUSES** – To include appearance and any evidence of nasal obstruction or sinus tenderness on palpation.

**211. EARS, DRUMS, EARDRUM MOTILITY** – To include otoscopy of external ear, canal, tympanic membrane. Eardrum motility by valsalva manoeuvre or by pneumatic otoscopy.

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		49

**212. EYES – ORBIT AND ADNEXA; VISUAL FIELDS** – To include appearance, position and movement of eyes and their surrounding structures in general, including eyelids and conjunctiva. Visual fields check by campimetry, perimetry or confrontation.

**213. EYES – PUPILS AND OPTIC FUNDI** – To include appearance, size, reflexes, red reflex and funduscopy. Special note of corneal scars.

**214. EYES – OCULAR MOTILITY, NYSTAGMUS** – To include range of movement of eyes in all directions; symmetry of movement of both eyes; ocular muscle balance; convergence; accommodation; signs of nystagmus.

**215. LUNGS, CHEST, BREASTS** – To include inspection of chest for deformities, operation scars, abnormality of respiratory movement, auscultation of breath sounds. Physical examination of female applicant's breasts should only be performed with informed consent.

**216. HEART** – To include apical heartbeat, position, auscultation for murmurs, carotid bruits, palpation for thrills.

**217. VASCULAR SYSTEM** – To include examination for varicose veins, character and feel of pulse, peripheral pulses, evidence of peripheral circulatory disease.

**218. ABDOMEN, HERNIA, LIVER, SPLEEN** – To include inspection of abdomen; palpation of internal organs; check for inguinal hernias in particular.

**219. ANUS, RECTUM** – Examination only with informed consent.

**220. GENITO-URINARY SYSTEM** – To include renal palpation; inspection palpation male/female reproductive organs only with informed consent.

**221. ENDOCRINE SYSTEM** – To include inspection, palpation for evidence of hormonal abnormalities/imbalance; thyroid gland.

**222. UPPER AND LOWER LIMBS, JOINTS** – To include full range of movements of joints and limbs, any deformities, weakness or loss. Evidence of arthritis.

**223. SPINE, OTHER MUSCULOSKELETAL** – To include range of movements, abnormalities of joints.

**224. NEUROLOGIC – REFLEXES ETC.** To include reflexes, sensation, power, vestibular system – balance, romberg test, etc.

**225. PSYCHIATRIC** – To include appearance, appropriate mood/thought, unusual behaviour.

**226. SKIN, IDENTIFYING MARKS AND LYMPHATICS** – To include inspection of skin; inspection, palpation for lymphadenopathy, etc. Briefly describe scars, tattoos, birthmarks, etc. which could be used for identification purposes.

**227. GENERAL SYSTEMIC** – All other areas, systems and nutritional status.

**228. NOTES** – Any notes, comments or abnormalities to be described – extra notes if required on separate sheet of paper, signed and dated.


**229. DISTANT VISION AT 5/6 METRES** – Each eye to be examined separately and then both together. First without correction, then with spectacles (if used) and lastly with contact lenses, if used. Record visual acuity in appropriate boxes. Visual acuity to be tested at either 5 or 6 metres with the appropriate chart for the distance.

**230. INTERMEDIATE VISION AT 100 CM** – Each eye to be examined separately and then both together. First without correction, then with spectacles if used and lastly with contact lenses if used. Record visual acuity in appropriate boxes as ability to read N14 at 100 cm (Yes/No).

**231. NEAR VISION AT 30-50 CM.** – Each eye to be examined separately and then both together. First without correction, then with spectacles if used and lastly with contact lenses, if used. Record visual acuity in appropriate boxes as ability to read N5 at 30-50 cm (Yes/No).

*Note:* Bifocal contact lenses and contact lenses correcting for near vision only are not acceptable.

**232. SPECTACLES** – Tick appropriate box signifying if spectacles are or are not worn by

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		50

applicant. If used, state whether unifocal, bifocal, varifocal or look-over.

**233. CONTACT LENSES** – Tick appropriate box signifying if contact lenses are or are not worn. If worn, state type from the following list; hard, soft, gas-permeable or disposable.

**313. COLOUR PERCEPTION** – Tick appropriate box signifying if colour perception is normal or not. If abnormal; state number of plates of the first 15 of the pseudo-isochromatic plates (Ishihara 24 plates) have not been read correctly.

**234. HEARING** – Tick appropriate box to indicate hearing level ability as tested separately in each ear at 2 m.

**235. URINALYSIS** – State whether result of urinalysis normal or not by ticking appropriate box. If no abnormal constituents, state NIL in each appropriate box.

**236. PULMONARY FUNCTION** – When required or on indication, state actual FEV1/FVC value obtained in % and state if normal or not with reference to height, age, sex and race.

**237. HAEMOGLOBIN** – Enter actual haemoglobin test result and state units used. Then state whether normal value or not, by ticking appropriate box.

**238 to 244 inclusive: ACCOMPANYING REPORTS** – One box opposite each of these sections must be ticked. If the test is not required and has not been performed, then tick the NOT PERFORMED box. If the test has been performed (whether required or on indication) complete the normal or abnormal box as appropriate. In the case of question 244, the number of other accompanying reports must be stated.

**247. AME RECOMMENDATION** – The applicant's name, date of birth and reference number, should be entered here in block capitals. The applicable class of medical certificate should be indicated by a tick in the appropriate box. If a fit assessment is recommended and a medical certificate has been issued, this should be indicated in the appropriate box. An applicant may be recommended as fit for a lower class of medical certificate (e.g. class 2), but also be deferred or recommended as unfit for a higher class of medical certificate (e.g. class 1). If an unfit recommendation is made, applicable Part-MED paragraph references should be entered. If an applicant is deferred for further evaluation, the reason and the doctor or licensing authority to whom the applicant is referred should be indicated.


**248. COMMENTS, LIMITATIONS, ETC.** – The AME's findings and assessment of any abnormality in the history or examination, should be entered here. The AME should also state any limitation required.

**249. AME DETAILS** – The AME should sign the declaration, complete his/her name and address in block capitals, contact details and lastly stamp the relevant section with his/her designated AME stamp incorporating his/her AME number. The GMP identification no. is the number provided by the national medical system.

**250. PLACE AND DATE** – The place (town or city) and the date of examination should be entered here. The date of examination is the date of the general examination and not the date of finalisation of the form. If the medical examination report is finalised on a different date, the date of finalisation should be entered in section 248 as 'Report finalised on .....





	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		52

(312) Balansul mușchilor oculari (din prisma dioptriilor)

Distanță la 5/6 m	Aproape la 30 - 50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropia Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	Phoria Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
Test reserva fuziune vizuala	Neefectuat <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(313) Percepția culorilor

Planșe pseudo-isocromatică	Tip: Ishihara (24 planșe)
Nr. de planșe:	Nr. de erori:
Indicație pt. testări avansate de percepție a culorilor	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
Metodă:	
Siguranta colourilor <input type="checkbox"/>	Nesiguranta colourilor <input type="checkbox"/>

**Acuitate vizuală**

(314) Vedere la distanță la 5m / 6m

	Necorectat		Ochelari	Lentile contact
Ochiul drept		Corectat cu		
Ochiul stâng		Corectat cu		
Ambii ochi		Corectat cu		

(315) Vedere intermediară la 1m


	Necorectat		Ochelari	Lentile contact
Ochiul drept		Corectat cu		
Ochiul stâng		Corectat cu		
Ambii ochi		Corectat cu		

(316) Vederea de aproape la 30cm-50cm

	Necorectat		Ochelari	Lentile contact
Ochiul drept		Corectat cu		
Ochiul stâng		Corectat cu		
Ambii ochi		Corectat cu		

(317) Refracție

	Sferic	Cilindric	Ax	Aproape
Ochiul drept				
Ochiul stâng				
Examinare refracției actuale <input type="checkbox"/> Prescripție ochelari <input type="checkbox"/>				

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		53

(318) Ochelari

(319) Lentile de contact

Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>	Da <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/>
Tip:	Tip:


(320) Tensiunea intraoculară

Dreptul (mmHg)	Stângul (mmHg)
Metoda:	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

(321) Remarci și recomandări oftalmologice


(322) Declarația examinatorului:

Prin aceasta certific că eu / grupul meu AME am examinat solicitantul nominalizat în acest raport medical de examinare și că acest raport împreună cu toate anexele conținute este complet și corect.		
(323) Locul și data  Semnătura AME:	Numele și adresa examinatorului oftalmolog (cu majuscule) E-mail: Nr. telefon: Nr. telefax.	Ștampila cu număr a AME sau Semnătura și parafa medic specialist

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		54

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE A FORMULARULUI DE EXAMINARE COMPLEXĂ OFTALMOLOGICĂ

Trebuie completat lizibil, cu majuscule, folosind un pix. Completarea acestui formular la mașina de scris sau la imprimantă este acceptată. Dacă este necesar spațiu suplimentar pentru completare și răspunsul la întrebări, se va folosi o foaie de hârtie pe care se vor menționa: numele solicitantului, numele și semnătura AME sau a medicului oftalmolog care a efectuat examinarea și data la care s-a semnat. Următoarele instrucțiuni se vor aplica la numărul corespunzător din Formularul raport de examinare oftalmologică.

Completarea formularului de examinare oftalmologică parțial sau ilizibil poate duce la neacceptarea cererii în totalitate și poate conduce la retragerea oricărui certificat medical emis. Declarațiile false, exprimările interpretabile sau refuzul de a furniza informații relevante de către AME pot avea drept rezultat urmărirea în justiție, respingerea formularului sau retragerea oricărui certificat medical acordat.

AME-ul sau specialistul oftalmolog va verifica identitatea solicitantului. Solicitantul trebuie să completeze apoi secțiunile 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 și 13 din formular și să semneze și să dateze eliberarea **consimțământului de informație medicală** (Secțiunea 301) cu contrasemnătura examinatorului ca martor.

### **302. CATEGORIA DE EXAMINARE** - marcați căsuța corespunzătoare

Inițial - Examinare inițială pentru fiecare dintre Clasa 1 sau 2; de asemenea pentru examinarea inițială de trecere din Clasa 2 în 1 (Se va nota „trecere” în Secțiunea 303),

Reînnoire / revalidare - examinări oftalmologice complete ulterioare pentru erorile de refracție,

Trimiteri speciale - examinări speciale pentru evaluarea simptoamelor oftalmologice sau descoperirea lor. (în afara ex. de rutină)

**303. ANTECEDENTE OFTALMOLOGICE** - Detaliați aici toate antecedentele sau motivele pentru o examinare specială.


**304—309. EXAMINAREA CLINICĂ** - Aceste secțiuni vor acoperi împreună examinarea clinică generală și fiecare din aceste secțiuni vor fi marcate ca Normal sau Anormal. Toate descoperirile anormale sau comentariile la acestea se vor consemna în Secțiunea 321.

**310. CONVERGENȚĂ** - Consemnați punctul apropiat de convergență în cm. măsurat folosind RAF Near Point Rule sau echivalent. Marcați cu Normal sau Anormal și consemnați în Secțiunea 321 descoperirile anormale și comentariile.

**311. ACOMODAREA** - Consemnați înregistrările în dioptrii măsurate folosind RAF Near Point Rule sau echivalent. Marcați cu Normal sau Anormal și consemnați în Secțiunea 321 descoperirile anormale și comentariile.

**312. BALANSUL MUSCULAR OCULAR** - Balansul muscular ocular este testat la distanță la 5 sau 6 m., iar aproape la 30-50 cm. Se va consemna corespunzător prezența Tropiei sau Phoriei și de asemenea, dacă Fusional Reserve Test nu a fost făcut și, dacă a fost făcut, dacă este normal sau nu.

**313. PERCEPȚIA CULORILOR** - Consemnați tipul de planșe pseudo-isocromatice (Ishihara) precum și numărul de planșe prezentate împreună cu numărul de erori făcute de persoana examinată. Specificați dacă este indicat Testul de Percepție Avansată a Culoarelor și ce metodă s-a

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		55

folosit (lanternă colorată sau anomaloscopie) și final s-a decis că este Color Safe sau Unsafe. Testul de Percepție Avansată a Culoarelor este cerut în mod normal doar dacă este indicat la testul inițial sau dacă solicitantului i s-a schimbat percepția culorilor.

**314-316. TESTUL DE ACUITATE VIZUALĂ LA 5/6 m., 1m. și 30-50 cm.** - Înregistrați acuitatea vizuală actuală obținută în căsuțele corespunzătoare. Dacă nu s-au solicitat corecții de vedere puneți o linie în căsuța de corectare a vederii. Distanța acuității vizuale să fie testată la fiecare din distanțele de 5 sau 6 m. cu plasa corespunzătoare pentru fiecare distanță.

**317. REFRACTIA** - Înregistrați rezultatele refracției. Indicați de asemenea dacă pentru solicitanții pentru Clasa 2, detaliile de refracție sunt bazate pe prescripții de ochelari.

**318. OCHELARI** - Marcați dacă solicitantul poartă ochelari sau nu. Dacă poartă precizați dacă sunt unifocali, bifocali, multifocali sau în proces de examinare.

**319. LENTILE DE CONTACT** - Marcați dacă solicitantul poartă lentile de contact sau nu. Dacă poartă precizați tipul din următoarea listă: solid, moale, permeabil la gaz, de unică folosință.

**320. TENSIUNEA INTRAOCULARĂ** - Înregistrați presiunea intraoculară pentru ochiul drept și stâng și indicați dacă este normală sau nu. Indicați metoda folosită (jet de aer, etc.)

**321. REMARCI ȘI RECOMANDĂRI OFTALMOLOGICE** - Notați aici toate remarcile, descoperirile anormale și rezultatele evaluării, precum și orice limitări recomandate. Dacă există orice incertitudine asupra descoperirilor sau recomandărilor, examinatorul trebuie să contacteze AMS pentru aviz înainte de finalizarea formularului.

**322. DETALIILE EXAMINATORULUI** - În această secțiune persoana care efectuează examinarea oftalmologică trebuie să semneze declarația, să completeze cu majuscule numele și adresa, telefonul la care poate fi contactat (și fax dacă este disponibil) și la sfârșit să ștampileze raportul cu ștampila care îl desemnează ce include numărul lui de AME sau de specialist.

**323. LOCUL ȘI DATA** - notați locul (localitatea sau orașul) și data examinării. Data examinării este data examinării clinice și nu data finalizării formularului. Dacă raportul de examinare oftalmologică este finalizat la o dată diferită, se notează data de finalizare în secțiunea 321 „Raport finalizat la ...”



Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropia Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Phoria Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fusional reserve testing      Not performed <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	

(313) Colour perception

Pseudo-Isochromatic plates	Type: Ishihara (24 plates)
No of plates:	No of errors:
Advanced colour perception testing indicated Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Method:	
Colour SAFE <input type="checkbox"/>	Colour UNSAFE <input type="checkbox"/>

**Visual acuity**

(314) Distant vision at 5 m /6 m

	Uncorrected		Spectacles	Contact lenses
Right eye		Corrected to		
Left eye		Corrected to		
Both eyes		Corrected to		

(315) Intermediate vision at 1 m


	Uncorrected		Spectacles	Contact lenses
Right eye		Corrected to		
Left eye		Corrected to		
Both eyes		Corrected to		

(316) Near vision at 30–50 cm

	Uncorrected		Spectacles	Contact lenses
Right eye		Corrected to		
Left eye		Corrected to		
Both eyes		Corrected to		

(317) Refraction

	Sph	Cylinder	Axis	Near (add)
Right eye				
Left eye				
Actual refraction examined <input type="checkbox"/> Spectacles prescription based <input type="checkbox"/>				

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		58

(318) Spectacles

Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Type:

(319) Contact lenses

Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Type:


(320) Intra-ocular pressure

Right (mmHg)	Left (mmHg)
Method: Normal <input type="checkbox"/> Abnormal <input type="checkbox"/>	

(321) Ophthalmological remarks and recommendation:


(322) Examiner's declaration:

I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.		
(323) Place and date:  AME Signature:	Ophth examiner's name and address:(block capitals) E-mail: Telephone No.: Telefax No.:	AME or specialist stamp with No:

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		59

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE OPHTHALMOLOGY EXAMINATION REPORT FORM

Writing should be legible and in block capitals using a ball-point pen. Completion of this form by typing or printing is also acceptable. If more space is required to answer any question, a plain sheet of paper should be used, bearing the applicant's name, the name and signature of the AME or ophthalmology specialist performing the examination and the date of signing. The following numbered instructions apply to the numbered headings on the ophthalmology examination report form.

Failure to complete the medical examination report form in full, as required, or to write legibly may result in nonacceptance of the application in total and may lead to withdrawal of any medical certificate issued. The making of false or misleading statements or the withholding of relevant information by an examiner may result in criminal prosecution, denial of an application or withdrawal of any medical certificate granted.

The AME or ophthalmology specialist performing the examination should verify the identity of the applicant. The applicant should then be requested to complete the sections 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 and 13 on the form and then sign and date the consent to release of medical information (section 301) with the examiner countersigning as witness.

### **302. EXAMINATION CATEGORY** – Tick appropriate box

Initial – Initial examination for either class 1 or 2; also initial examination for upgrading from class 2 to 1 (notate 'upgrading' in section 303).

Renewal/Revalidation – Subsequent comprehensive ophthalmological examinations (due to refractive error).

Special referral – NON-ROUTINE examination for assessment of an ophthalmological symptom or finding.

**303. OPHTHALMOLOGICAL HISTORY** – Detail here any history of note or reasons for special referral.

**304 to 309 inclusive: CLINICAL EXAMINATION** – These sections together cover the general clinical examination and each of the sections should be marked (with a tick) as normal or abnormal. Any abnormal findings or comments on findings should be entered in section 321.


**310. CONVERGENCE** – Enter near point of convergence in cm, as measured using RAF near point rule or equivalent. Tick whether normal or abnormal. Any abnormal findings or comments on findings should be entered in section 321.

**311. ACCOMMODATION** – Enter measurement recorded in dioptres using RAF near point rule or equivalent. Tick whether normal or abnormal. Any abnormal findings or comments on findings should be entered in section 321.

**312. OCULAR MUSCLE BALANCE** – Ocular muscle balance is tested at distant 5 or 6 m and near at 30-50 cm and results recorded. Presence of tropia or phoria must be entered accordingly and also whether fusional reserve testing was NOT performed and if performed whether normal or not.

**313. COLOUR PERCEPTION** – Enter type of pseudo-isochromatic plates (ishihara) as well as number of plates presented with number of errors made by examinee. State whether advanced



	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		60

colour perception testing is indicated and what methods used (which colour lantern or anomaloscopy) and finally whether judged to be colour safe or unsafe. Advanced colour perception testing is usually only required for initial assessment, unless indicated by change in applicant's colour perception.

**314-316 VISUAL ACUITY TESTING AT 5 m/6 m, 1 m and 30-50 cm** – Record actual visual acuity obtained in appropriate boxes. If correction not worn nor required, put line through corrected vision boxes. Distant visual acuity to be tested at either 5 m or 6 m with the appropriate chart for that distance.

**317. REFRACTION** – Record results of refraction. Indicate also whether for class 2 applicants, refraction details are based upon spectacle prescription.

**318. SPECTACLES** – Tick appropriate box signifying if spectacles are or are not worn by applicant. If used, state whether unifocal, bifocal, varifocal or look-over.


**319. CONTACT LENSES** – Tick appropriate box signifying if contact lenses are or are not worn. If worn, state type from the following list; hard, soft, gas-permeable, disposable.

**320. INTRA-OCULAR PRESSURE** – Enter intra-ocular pressure recorded for right and left eyes and indicate whether normal or not. Also indicate method used – applanation, air etc.

**321. OPHTHALMOLOGICAL REMARKS AND RECOMMENDATION** – Enter here all remarks, abnormal findings and assessment results. Also enter any limitations recommended. If there is any doubt about findings or recommendations, the examiner may contact the AMS for advice before finalising the report form.

**322. OPHTHALMOLOGY EXAMINER'S DETAILS** – The ophthalmology examiner must sign the declaration, complete his/her name and address in block capitals, contact details and lastly stamp the report with his/her designated stamp incorporating his/her AME or specialist number.

**323. PLACE AND DATE** – Enter the place (town or city) and the date of examination. The date of examination is the date of the clinical examination and not the date of finalisation of form. If the ophthalmology examination report is finalised on a different date, enter date of finalisation on section 321 as 'Report finalised on'..

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		61

## FIȘĂ MEDICALĂ CONFIDENȚIALĂ

### RAPORT DE EXAMINARE OTORINOLARINGOLOGICĂ

Se completează această pagină **în întregime și cu majuscule** – Vezi pagina cu instrucțiuni pentru detalii


#### Detaliile solicitantului:

(1) Statul pentru care completați acest formular	(2) Clasa certificatului 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> medical solicitat: Altele: .....		
(3) Nume:	(4) Nume anterioare:	(12) Cerere: Inițial <input type="checkbox"/> Revalidare / Reînnoire <input type="checkbox"/>	
(5) Prenume:	(6) Data de naștere:	(7) Sex: Masculin <input type="checkbox"/> Feminin <input type="checkbox"/>	(13) Numărul de referință:
<p>(401) <b>Consimțire de eliberare a informației medicale:</b> Prin aceasta autorizez eliberarea tuturor informațiilor conținute în acest raport și a oricărei sau tuturor anexelor, către Examinatorul Aeromedical, Autoritate și acolo unde este necesar, către Secțiunea Aeromedicală a altui Stat, recunoscând că aceste documente sau date stocate electronic, sunt folosite pentru completarea evaluării medicale, și că acestea vor deveni și rămâne proprietatea Autorității, cu condiția că eu sau medicul meu poate avea acces la ele în acord cu legea națională. Se va păstra tot timpul Confidențialitatea Medicală.</p> <p>Data: _____ Semnătura solicitantului: _____ Semnătura examinatorului medical (martor) _____</p>			

(402) Categoria Examinării: Inițial <input type="checkbox"/> Trimitere specială <input type="checkbox"/>	(403) Antecedente otorinolaringologice:
--	---

#### Examinare clinică

Marcați fiecare articol	Normal	Anormal
(404) Cap, față, gât, scalp		
(405) Cavitatea bucală, dinți		
(406) Faringe		
(407) Fose nazale și nasofaringe (Inclusiv rinoscopie anterioară)		
(408) Sistem vestibular inclusiv Test Romberg		
(409) Vorbire		
(410) Sinusuri		
(411) Meat auditiv ext., membrane timpan		
(412) Otoscopie pneumatica		
(413) Timpanometrie impedanta, inclusiv manevra Valsalva (numai		

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		62

la inițial)		
-------------	--	--


Test adițional (dacă este indicat)	Neefectuat	Normal	Anormal
(414) Audiometrie verbală			
(415) Rinoscopie posterioară			
(416) EOG; Nzstagmus spontan și pozițional			
(417) Test caloric diferențial sau Test vestibular de autorotație			
(418) Laringoscopie cu oglindă sau fibre			

(419) Audiometrie ton pur dB HL (nivel auditiv)

Hz	Urechea dreaptă	Urechea stângă
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) Audiograma

	o = dreapta		x = stânga		- - - - - = aer		..... = OS	
dB HL								
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								


	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		63

60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

(421) Remarci și recomandări otorinolaringologice


(422) **Declaratia examinatorului:**

Prin aceasta certific că eu / grupul meu AME am examinat solicitantul nominalizat în această raport medical de examinare și că acest raport împreună cu toate anexele conținute este complet și corect.		
(423) Locul și data:  Semnătura AME:	Numele și adresa examinatorului ORL (cu majuscule)  E-mail: Nr. telefon: Nr. telefax:	Ștampila cu număr a AME sau Semnătura și parafa medic specialist

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		64

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE A FORMULARULUI DE EXAMINARE OTORINOLARINGOLOGIE (O.R.L.)

Trebuie completat lizibil, cu majuscule, folosind un pix. Completarea acestui formular la mașina de scris sau la imprimantă este acceptată. Dacă este necesar spațiu suplimentar pentru completare și răspunsul la întrebări, se va folosi o foaie de hârtie pe care se vor menționa: numele solicitantului, numele și semnătura AME sau a medicului otorinolaringolog care a efectuat examinarea și data la care s-a semnat. Următoarele instrucțiuni se vor aplica la numărul corespunzător din Formularul raport de examinare otorinolaringologică.

Completarea formularului de examinare otorinolaringologică parțial sau ilizibil poate duce la neacceptarea cererii în totalitate și poate conduce la retragerea oricărui certificat medical emis. Declarațiile false, exprimările interpretabile sau refuzul de a furniza informații relevante de către AME pot avea drept rezultat urmărirea în justiție, respingerea formularului sau retragerea oricărui certificat medical acordat.

AME-ul sau specialistul otorinolaringolog va verifica identitatea solicitantului. Solicitantul trebuie să completeze apoi secțiunile 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 și 13 din formular și apoi să semneze și să dateze eliberarea consimțământului de informație medicală (Secțiunea 401) cu contrasemnătura examinatorului ca martor.

### **402 CATEGORIA DE EXAMINARE** – marcați căsuța corespunzătoare

Inițial – Examinare inițială pentru fiecare din Clasa 1 sau 2; de asemenea pentru examinarea inițială de trecere din Clasa 2 în 1 (Se va nota „trecere” în Secțiunea 403),

Trimitere specială – examinări speciale pentru evaluarea simptoamelor otorinolaringologice sau descoperirea lor (în afara ex. de rutină).

### **403 ANTECEDENTE OTORINOLARINGOLOGICE** – Detaliați aici toate antecedentele sau motivele pentru o examinare specială.

**404 – 413 EXAMINAREA CLINICĂ** – Aceste secțiuni vor acoperi împreună examinarea clinică generală și fiecare din aceste secțiuni va fi marcată ca Normal sau Anormal. Toate descoperirile anormale sau comentariile la acestea se vor consemna în secțiunea 421.


**414 – 418 TESTĂRI SUPLIMENTARE** – Aceste teste sunt cerute doar a fi făcute dacă sunt indicate de antecedente sau descoperiri clinice și nu sunt cerute la examinările de rutină. Pentru fiecare test trebuie marcată una din căsuțe – dacă nu s-a făcut testul se marchează căsuța – dacă testul a fost făcut se marchează căsuța corespunzătoare pentru rezultat normal sau anormal. Toate remarcile și descoperirile anormale trebuie consemnate în secțiunea 421.

**419 AUDIOMETRIA DE SUNET PUR** – Completați figurile pentru dB HL (Nivelul Auzului) în fiecare ureche la toate frecvențele listate.

**420 AUDIOGRAMĂ** – Completați Audiograma așa cum este listată în secțiunea 419.

**421 REMARCI ȘI RECOMANDĂRI OTORINOLARINGOLOGICE** - Notați aici toate remarcile, descoperirile anormale și rezultatele evaluării, precum și orice limitări recomandate. Dacă există orice incertitudine asupra descoperirilor sau recomandărilor examinatorul trebuie să contacteze AMS pentru aviz înainte de finalizarea formularului.

**422 DETALIILE EXAMINĂRII OTORINOLARINGOLOGICE** – În această secțiune examinatorul

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		65

de otorinolaringologie trebuie să semneze declarația, să completeze și să parafeze raportul cu parafa proprie ce include numărul de AME sau de specialist.

**423. LOCUL ȘI DATA** - notați locul (localitatea sau orașul) și data examinării. Data examinării este data examinării clinice și nu data finalizării formularului. Dacă raportul de examinare otorinolaringologică este finalizat la o dată diferită, se notează data de finalizare în secțiunea 421 „Raport finalizat la ”.

MEDICAL IN CONFIDENCE

### OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT FORM

Complete this page fully and in block capitals – Refer to instructions for completion.

**Applicant's details:**

(1) State applied to:	(2) Medical certificate 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> applied for class: Other: .....		
(3) Surname:	(4) Previous surname(s):	(12) Application: Initial <input type="checkbox"/> Revalidation/Renewal <input type="checkbox"/>	
(5) Forename(s):	(6) Date of birth:	(7) Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	(13) Reference number:
<p>(401) <b>Consent to release of medical information:</b> I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the licensing authority, recognising that these documents, or any electronically stored data, are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times.</p> <p>Date: _____ Signature of applicant _____ Signature of AME _____</p>			

(402) Examination category Initial <input type="checkbox"/> Special referral <input type="checkbox"/>	(403) Otorhinolaryngological history
---	--------------------------------------

**Clinical examination**

Check each item

	Normal	Abnormal
(404) Head, face, neck, scalp		
(405) Buccal cavity, teeth		
(406) Pharynx		
(407) Nasal passages and naso-pharynx (incl. anterior rhinoscopy)		
(408) Vestibular system incl. Romberg test		
(409) Speech		
(410) Sinuses		
(411) Ext acoustic meati, tympanic membranes		
(412) Pneumatic otoscopy		
(413) Impedance tympanometry including Valsalva manoeuvre (initial only)		

Additional testing (if indicated)	Not performed	Normal	Abnormal
(414) Speech audiometry			
(415) Posterior rhinoscopy			
(416) EOG; spontaneous and 20 positional nystagnus			
(417) Differential caloric test or 40 vestibular autorotation test			
(418) Mirror or fibre laryngoscopy			


(419) Pure tone audiometry dB HL (hearing level)

Hz	Right ear	Left ear
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) Audiogram

	o = Right	x = Left	----- = air	..... = Bone
dB HL				
-10				
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				




	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		68

70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

**(421) Otorhinolaryngology remarks and recommendation:**


**(422) Examiner's declaration:**

I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.		
(423) Place and date:  AME signature:	ORL examiner's name and address: (block capitals)  E-mail: Telephone No.: Telefax No:	AME or specialist stamp with No:

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		69

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETION OF THE OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT FORM

Writing should be legible and in block capitals using a ball-point pen. Completion of this form by typing or printing is also acceptable. If more space is required to answer any question, a plain sheet of paper should be used, bearing the applicant's name, the name and signature of the AME or otorhinolaryngology specialist performing the examination and the date of signing. The following numbered instructions apply to the numbered headings on the otorhinolaryngology examination report form.

Failure to complete the medical examination report form in full, as required, or to write legibly may result in nonacceptance of the application in total and may lead to withdrawal of any medical certificate issued. The making of false or misleading statements or the withholding of relevant information by an examiner may result in criminal prosecution, denial of an application or withdrawal of any medical certificate granted.

The AME or otorhinolaryngology specialist performing the examination should verify the identity of the applicant. The applicant should then be requested to complete the sections 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 and 13 on the form and then sign and date the consent to release of medical information (section 401) with the examiner countersigning as witness.

**402. EXAMINATION CATEGORY** – Tick appropriate box.

Initial – Initial examination for class 1; also initial examination for upgrading from class 2 to 1 (notate upgrading' in section 403)

Special Referral – NON-ROUTINE examination for assessment of an ORL symptom or finding.

**403. OTORHINOLARYNGOLOGICAL HISTORY** – Detail here any history of note or reasons for special referral.

**404 – 413. CLINICAL EXAMINATION** – These sectionstogether cover the general clinical examination and each of the sections should be marked (with a tick) as normal or abnormal. Any abnormal findings or comments on findings should be entered in section 421.


**414 – 418. ADDITIONAL TESTING** – These tests are only required to be performed if indicated by history or clinical findings and are not routinely required. For each test one of the boxes must be completed – if the test is not performed then tick that box – if the test has been performed then tick the appropriate box for a normal or abnormal result. All remarks and abnormal findings should be entered in section 421.

**419. PURE TONE AUDIOMETRY** – Complete figuresfor dB HL (hearing level) in each ear at all listed frequencies.

**420. AUDIOGRAM** – Complete audiogram from figures as listed in section 419.


**421. OTORHINOLARYNGOLOGY REMARKS AND RECOMMENDATION** – Enter here all remarks, abnormal findings and assessment results. Also enter any limitations recommended. If there is any doubt about findings or recommendations the examiner may contact the AMS for advice before finalising the report form.

**422. OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINER'S DETAILS** – The otorhinolaryngology examiner must sign the declaration, complete his/her name and address in block capitals, contact details and lastly stamp the report with his/her designated stamp incorporating his/her AME or

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		70

specialist number.

**423. PLACE AND DATE** – Enter the place (town or city) and the date of examination. The date of examination is the date of the clinical examination and not the date of finalisation of form. If the ORL examination report is finalised on a different date, enter date of finalisation in section 421 as 'Report finalised on .....'.


	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		71

## FIȘĂ MEDICALĂ CONFIDENȚIALĂ

### RAPORT DE EXAMINARE MEDICALĂ PENTRU SĂNĂTATEA MINTALĂ

(1) Statul pentru care completați acest formular:	(2) Clasa certificatului medical 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> solicitat: Altele: .....		
(3) Nume:	(4) Nume anterioare:	(12) Cerere: Inițial <input type="checkbox"/> Revalidare / <input type="checkbox"/> Reînnoire	
(5) Prenume:	(6) Data de naștere:	(7) Sex: Masculin <input type="checkbox"/> Feminin <input type="checkbox"/>	(13) Numărul de referință:
<p>(401) <b>Consimțire de eliberare a informației medicale:</b> Prin aceasta autorizez eliberarea tuturor informațiilor conținute în acest raport și a oricarei sau tuturor anexelor, către Examinatorul Aeromedical, Autoritate și acolo unde este necesar, către Secțiunea Aeromedicală a altui Stat, recunoscând că aceste documente sau date stocate electronic, sunt folosite pentru completarea evaluării medicale, și că acestea vor deveni și rămâne proprietatea Autorității, cu condiția că eu sau medicul meu poate avea acces la ele în acord cu legea națională. Se va păstra tot timpul Confidențialitatea Medicală.</p> <p>Data: _____ Semnătura solicitantului: _____ Semnătura examinatorului medical (martor): _____</p>			
(402) Categoria Examinării: Inițială <input type="checkbox"/> Revalidare <input type="checkbox"/> Reînnoire <input type="checkbox"/> Trimitere specială <input type="checkbox"/>			

Nr.	Evaluarea simptomelor AMC&GM la HG nr.204/2020 pct. GM1 MED.B.055 (a)	Norm.	Anorm.	Nr.	AMC&GM la HG nr.204/2020 pct. GM1 MED.B.055 (b) Examinarea pentru sănătatea mintală	Norm.	Anorm.
1	consumul de alcool sau alte substanțe psihoactive			12	aspect exterior		
2	pierderea de interes / energie			13	atitudine		
3	mâncarea și schimbările de greutate			14	comportament		
4	probleme de somn			15	starea de spirit		
5	starea de spirit scăzută și, dacă este prezent, orice gând de suicid			16	vorcire		
6	istoricul familial al tulburărilor psihiatrice, în special al sinuciderii			17	procesul de gândire și conținut		
7	furie, agitație sau dispoziție ridicată			18	percepția		
8	depersonalizarea sau pierderea controlului			19	cogniție		
9	auto-vătămare deliberată și tentativă			20	înțelegere		

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		72

	de sinucidere					
10	probleme de comportament din copilărie			21	judecare	
11	probleme interpersonale și de relație			22	istoricul psihiatric trecut	

**Observații / comentarii:**


**Declarația solicitantului:**

Prin prezenta declar că am luat în considerare cu atenție afirmațiile făcute mai sus și, în opinia mea, sunt complete și corecte și că nu am reținut nicio informație relevantă sau nu am făcut declarații înșelătoare. Înțeleg că, dacă am făcut declarații false înșelătoare în legătură cu această cerere sau nu dau publicității informațiile medicale justificative, autoritatea care acordă licențele poate refuza să-mi acorde un certificat medical sau poate retrage orice certificat medical acordat, fără a aduce atingere alte acțiuni aplicabile în temeiul legislației naționale.

**Declarația medicului psihiatru:**

Prin aceasta certific că eu am examinat solicitantul nominalizat în acest raport medical de examinare și că acest raport împreună cu toate anexele conținute este complet și corect.

Locul și data:  Semnatura și ștampila cu număr a AME:	Numele și adresa medicului psihiatru (cu majuscule)  E-mail: Nr. telefon: Nr. telefax:	Semnătura și parafa medicului psihiatru:
---	--	--

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		73

## INSTRUCȚIUNI DE COMPLETARE A FORMULARULUI PENTRU EXAMINAREA DE SĂNĂTATEA MINTALĂ

Trebuie completat lizibil, cu majuscule, folosind un pix. Completarea acestui formular la mașina de scris sau la imprimantă este acceptată. Dacă este necesar spațiu suplimentar pentru completare și răspunsul la întrebări, se va folosi o foaie de hârtie pe care se vor menționa: numele solicitantului, numele și semnătura a medicului psihiatru care a efectuat examinarea și data la care s-a semnat. Următoarele instrucțiuni se vor aplica la numărul corespunzător din Formularul raport pentru examinarea de sănătate mintală.

Completarea formularului de examinare pentru evaluarea sănătății mintale parțial sau ilizibil poate duce la neacceptarea cererii în totalitate și poate conduce la retragerea oricărui certificat medical emis. Declarațiile false, exprimările interpretabile sau refuzul de a furniza informații relevante către medicul specialist psihiatru pot avea drept rezultat urmărirea în justiție, respingerea formularului sau retragerea oricărui certificat medical acordat.

AME-ul și medicul specialist psihiatru verifică identitatea solicitantului. Solicitantul trebuie să completeze apoi secțiunile 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 și 13 din formular și apoi să semneze și să dateze eliberarea consimțământului de informație medicală (Secțiunea 401) cu contrasemnătura examinatorului ca martor.

### **402. CATEGORIA DE EXAMINARE** – marcați căsuța corespunzătoare:

Inițial – Examinare inițială pentru clasa de examinare corespunzătoare;

Trimitere specială – examinări speciale, la indicație clinică, pentru evaluarea simptomelor sau descoperirea lor (în afara / în completarea examenului medical de rutină).

**Observații** Detaliați aici toate antecedentele sau motivele pentru o examinare specială.


**EXAMINAREA CLINICĂ** – Aceste secțiuni vor acoperi împreună examinarea clinică generală și fiecare din aceste secțiuni va fi marcată ca Normal sau Anormal. Toate descoperirile anormale sau comentariile la acestea se vor consemna în „Observații / Comentarii”.

**TESTĂRI SUPLIMENTARE**– Aceste teste sunt cerute a fi făcute doar dacă sunt indicate de antecedente sau descoperiri clinice și nu sunt cerute la examinările de rutină. Toate remarcile și descoperirile anormale trebuie consemnate în secțiunea „Observații / Comentarii”.

**REMARCI ȘI RECOMANDĂRI DE SPECIALITATE** – Se notează toate remarcile, descoperirile anormale și rezultatele evaluării, precum și orice limitări recomandate. Dacă există orice incertitudine asupra descoperirilor sau recomandărilor examinatorul trebuie să contacteze AMS pentru aviz înainte de finalizarea formularului.

**DETALIILE EXAMINĂRII DE SĂNĂTATE MINTALĂ** – În această secțiune medicul examinator psihiatru trebuie să semneze declarația, să completeze și să parafeze raportul cu parafa proprie ce include codul de medic specialist.

**423. LOCUL ȘI DATA** - notați locul (localitatea sau orașul) și data examinării. Data examinării este data examinării clinice și nu data finalizării formularului. Dacă raportul pentru examinarea de sănătatea mintală este finalizat la o dată diferită, se notează data de finalizare prin sintagma „Raport finalizat la data..... ” în secțiunea „Observații / Comentarii”.


	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		74

MEDICAL IN CONFIDENCE

### MEDICAL EXAMINATION REPORT FOR MENTAL HEALTH

(1) State applied to:	(2) Medical certificate applied 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> for class: Other: .....		
(3) Surname:	(4) Previous surname(s):	(12) Application: Initial <input type="checkbox"/> Revalidation / <input type="checkbox"/> Renewal	
(5) Forename(s):	(6) Date of birth:	(7) Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	(13) Reference number:
<p><b>(401) Consent to release medical information:</b> I hereby authorize the release of all information contained in this report and any or all annexes, to the Aeromedical Examiner, Authority and where necessary, to the Aeromedical Section of another State, acknowledging that these documents or electronically stored data are used to complete the medical evaluation, and that they will become and remain the property of the Authority, provided that I or my doctor can have access to them in accordance with national law. Medical Confidentiality will be maintained at all times.</p> <p>Date: _____ Applicant's signature: _____ Signature of AME (witness) _____</p>			
<p>(402) Examination Category: Initial <input type="checkbox"/> Revalidation <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Special referral <input type="checkbox"/></p>			

Nr.	Symptoms assesment AMC&GM Ia HG nr.204/2020 pct. GM1 MED.B.055 (a)	Nor mal	Abnor mal	Nr.	AMC&GM Ia HG nr.204/2020 pct. GM1 MED.B.055 (b) Mental health examination	Nor mal	Abnor mal
1	use of alcohol or other psychoactive substances;			12	appearance		
2	loss of interest/energy;			13	attitude		
3	eating and weights changes			14	behaviour		
4	sleeping problems			15	mood		
5	low mood and if present, any suicidal thoughts			16	speech		
6	family history of psychiatric disorders, particulary suicide			17	thoughts process and content		
7	anger, agitation or high mood			18	perception		
8	depersonalisation or loss of control			19	cognition		
9	deliberate self-harm and suicide attempt			20	insight		

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		75

10	childhood behavioural problems			21	judgement		
11	interpersonal and relationship issues			22	past psychiatric history		

**Remarks / Comments:**

**Applicant's declaration:**


I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.

**Psychiatrist's declaration:**

I hereby certify that I have examined the applicant nominated in this medical examination report and that this report together with all the annexes contained therein is complete and correct.

Place și date:  AME signature and stamp with No.:	Name and address of psychiatrist (in capital letters):  E-mail: Telephone No.: Telefax No.:	Signature of the psychiatrist:
---	---	--------------------------------



	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		76

**INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE MEDICAL EXAMINATION REPORT  
FOR MENTAL HEALTH**

It must be completed legibly, in capital letters, using a pen. Completing this form on the typewriter or printer is supported. If additional space is required for completion and answers to questions, a sheet of paper will be used stating: the name of the applicant, the name and signature of the psychiatrist who performed the examination and the date on which it was signed. The following instructions will apply to the appropriate number on the Medical Examination Report For Mental Health.

Completion of the partial or illegible Medical Examination Report For Mental Health may lead to the total rejection of the application and may lead to the withdrawal of any medical certificate issued. False statements, interpretable expressions or refusal to provide relevant information to the psychiatrist may result in prosecution, rejection of the form or withdrawal of any medical certificate granted.

The AME and the psychiatrist verify the identity of the applicant. The applicant must then complete sections 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 and 13 of the form and then sign and date the issuance of the medical information consent (Section 401) with the examiner's countersignature as a witness.

**402. EXAMINATION CATEGORY** - tick the appropriate box:

Initial - Initial examination for the corresponding examination class;

Special referral - special examinations, at clinical indication, for the evaluation of symptoms or their discovery (outside / in addition to the routine medical examination).

**Comments:** Detail here all the background or reasons for a special examination.


**CLINICAL EXAMINATION** - These sections will cover the general clinical examination together and each of these sections will be marked as Normal or Abnormal. All abnormal findings or comments will be recorded in the "Remarks / Comments".

**ADDITIONAL TESTS** - These tests are required to be performed only if indicated by a history or clinical findings and are not required for routine examinations. All abnormal remarks and findings should be recorded in the "Remarks / Comments" section.

**Remarks / Comments** – Note all comments, abnormal findings and evaluation results, as well as any recommended limitations. If there is any uncertainty about the findings or recommendations the examiner should contact AMS for advice before completing the form.


**MENTAL HEALTH EXAMINATION DETAILS** - In this section the psychiatrist must sign the statement, complete and initial the report with his / her own initials that include the specialist doctor code.

**423. PLACE AND DATE** - write down the place (town or city) and the date of the examination. The date of the examination is the date of the clinical examination and not the date of completion of the form. If the report for the mental health examination is completed on a different date, the completion date is noted by the phrase "Report completed on ....." in the "Remarks / Comments" section.

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		77

### NOTIFICARE DE REFUZ PENTRU CERTIFICATUL MEDICAL

Numele & Prenume:		
Adresa:		
Data de naștere:	<i>zz.ll.aaaa</i>	
Data examinării:	<i>zz.ll.aaaa</i>	
Certificatul medical respins:	<i>CLASA</i>	
Temei:	<i>HG 204/2020 PART-MED: _____</i> <i>CT-ATCO.MED: _____</i>	
Alte reglementări:	<i>INAPT TEMPORAR / REEVALUARE: ZZ.LL.AAAA (după caz)</i>	
<b>Condiții descalificatoare:</b>          Evaluarea cererii Dumneavoastră și examinarea medicală a datelor de mai sus relevă că Dumneavoastră nu întruniți cerințele medicale pentru un certificat medical la care se face referință mai sus, (clasa de mai sus) din cauza condițiilor fixate. Din această cauză, cererea Dumneavoastră pentru certificat medical (clasa de mai sus) <b>este respinsă</b> . Dumneavoastră puteți, dacă doriți, să solicitați revizuirea deciziei. Aceasta trebuie făcută în scris la Autoritatea Aeronautică Civilă a Republicii Moldova (Serviciul Medicină Aeronautică) în termen de 5 zile lucrătoare. Altfel, această evaluare ce decurge din reglementările medicale pentru certificatul medical (clasa de mai sus), nu permite exercitarea privilegiilor certificatului Dumneavoastră sau calificării corespunzătoare cu efect imediat.		
<b>Data:</b>	<b>Semnătura AME / AMS:</b>	<b>Număr AME / AMS:</b>

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		78

### NOTIFICATION ON MEDICAL CERTIFICATE REFUSAL

Surname & Forename(s) :		
Address:		
Date of birth:	<i>dd.mm.yyyy</i>	
Examination date:	<i>dd.mm.yyyy</i>	
Rejected medical certificate:	<i>CLASS</i>	
Paragraphs no :	<i>GD 204/2020 PART-MED: _____</i> <i>CT-ATCO.MED: _____</i>	
Other regulations:	<i>TEMPORARILY UNFIT / REEVALUATION: DD.MM.YYYY</i> <i>(as appropriate)</i>	
<b>Disqualifyng conditions:</b>		
<p><i>The evaluation of your application and medical examination of the above data shows that you do not meet the medical requirements for a medical certificate to which reference is made above (class above). As a result, your request is rejected. You can, if you want, have the decision reviewed. This must be done in writing to the Civil Aviation Authority of the Republic of Moldova (Aeromedical Section) within 5 (five) working days. Otherwise, this evaluation stemming from medical regulations for the medical certificate (class above), excludes you from exercising the privileges of your certificate or appropriate qualification with immediate effect.</i></p>		
<b>Date:</b>	<b>Signature AME / AMS:</b>	<b>AME / AMS stamp with No:</b>

**CERTIFICAT MEDICAL CLASA 1 / 2 / LAPL****Autoritatea Aeronautică Civilă  
a Republicii Moldova****CERTIFICAT MEDICAL  
MEDICAL CERTIFICATE****CLASA 1 / 2 / LAPL  
CLASS 1 / 2 / LAPL***Pertaining to a Part-FCL certificate*

Eliberat în conformitate cu Partea MED  
Prezentul certificat este conform cu  
standardele OACI, cu excepția  
certificatelor medicale LAPL.

*Issued in accordance with Part-MED  
This certificate complies with ICAO  
standards, except for LAPL medical certificate*

<b>I</b>	<i>Authority that issued or is to issue the pilot licence</i> Autoritatea care a eliberat sau urmează să elibereze certificatul de pilot
<b>III</b>	<i>Certificate number</i> Numărul certificatului
<b>IV</b>	<i>Last and first name of holder</i> Numele și prenumele titularului
<b>XIV</b>	<i>Date of birth</i> Data nașterii
<b>VI</b>	<i>Nationality</i> Naționalitatea
<b>VII</b>	<i>Signature of holder</i> Semnătura titularului

<b>XIII</b>	<i>Limitations/ limitări:</i> Code/ cod:  <i>Description/ descriere:</i>
<b>IX</b>	<i>Date of issue(dd/mm/yyyy):</i> Data eliberării(zz/ll/aaaa):  <i>Signature of issuing AME/medical assessor. Semnătura AME/ examinatorului medical al autorității de certificare:</i>
<b>XII</b>	<i>Stamp:</i> Parafă:

<b>IX. Expiry date of this certificate</b>  Data expirării prezentului certificat	<i>Class 1 single pilot commercial operations carrying passengers (dd/mm/yyyy)</i> Clasa 1 operațiuni comerciale de transport călători cu un singur pilot	
	<i>Class 1 (dd/mm/yyyy)</i> Clasa 1 (zz/ll/aaaa)	
	<i>Class 2 (dd/mm/yyyy)</i> Clasa 2 (zz/ll/aaaa)	
	<i>LAPL (dd/mm/yyyy)</i> LAPL (zz/ll/aaaa)	
<i>Examination date (dd/mm/yyyy)</i> Data examinării (zz/ll/aaaa)		
	Last	Next
ECG		
Audiogram		
Ophthalmology		


**GD 204/2020 MED.A.020 Decrease in medical fitness**

- (a) Certificate holders shall not exercise the privileges of their certificate and related ratings or certificates at any time when they:
1. are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;
  2. take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable certificate;
  3. receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
- (b) In addition, certificate holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:
1. have undergone a surgical operation or invasive procedure;
  2. have commenced the regular use of any medication;
  3. have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;
  4. have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;
  5. are pregnant;
  6. have been admitted to hospital or medical clinic;
  7. first require correcting lenses

**HG 204/2020 MED.A.020 Deteriorarea aptitudinii din punct de vedere medical**

- (a) Titularii de certificate nu exercită privilegiile acordate de respectivele certificate și de calificările sau certificatele asociate, iar elevii piloți nu zboară în simplă comandă atunci când:
1. percep o deteriorare a aptitudinii lor din punct de vedere medical care i-ar putea face incapabili de a exercita în siguranță privilegiile respective;
  2. urmează un tratament medicamentos cu sau fără prescripție medicală, care ar putea pune în pericol exercitarea în siguranță a privilegiilor asociate certificatului în cauză;
  3. urmează un tratament medical, chirurgical sau de altă natură care ar putea pune în pericol exercitarea în siguranță a privilegiilor asociate certificatului în cauză.
- (b) În plus, titularii/titularele unui certificat medical trebuie să se prezinte, fără întârzieri nejustificate, și înainte de a exercita privilegiile asociate certificatului lor, la un AeMC, AME la un consult aeromedical în cazul în care:
1. au suferit o intervenție chirurgicală sau o procedură invazivă;
  2. au început un tratament medicamentos regulat;
  3. au suferit o leziune semnificativă care presupune incapacitatea de a-și desfășura activitatea ca membru al echipajului de zbor;
  4. au suferit de o afecțiune semnificativă care presupune incapacitatea de a-și desfășura activitatea ca membru al echipajului de zbor;
  5. sunt însărcinate;
  6. au fost internați(internate) într-un spital sau într-o clinică medicală;
  7. au nevoie pentru prima dată de lentile de corecție.

## Raport medical pentru echipajul de cabină


<p><b>CIVIL AVIATION AUTHORITY OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA</b></p>  <p><b>Cabin Crew Medical Report for Cabin Crew Attestation applicant or holder</b></p>	1	Statul în care are loc examinarea aeromedicală a solicitantului <i>State where the aero-medical assessment of the CCA applicant / holder was conducted:</i>		7	Rezultatul examinării (APT sau INAPT ) <i>Aero-medical assessment (FIT or UNFIT ):</i>	
	2	Numele solicitantului: <i>Name of CCA applicant/holder:</i>		8	Limitări, dacă este cazul <i>Limitation(s) if applicable:</i>	
	3	Naționalitatea solicitantului: <i>Nationality of CCA applicant holder:</i>		9	Data următoarei examinări aeromedicale: <i>Date of the next required aero-medical assessment (dd/mm/yyyy):</i>	
	4	Data și locul nașterii solicitantului: <i>Date and place of birth of CCA applicant/holder (dd/mm/yyyy) :</i>		10	Data emiterii și semnătura AME care a emis raportul: <i>Date of issue and signature of the AME, who issued the cabin crew medical report:</i>	
	5	Data expirării examinării aeromedicale anterioare: <i>Expiry date of the previous aero-medical assessment (dd/mm/yyyy):</i>		11	Parafa sau ștampila <i>Seal or stamp:</i>	
	6	Data examinării: <i>Date of the aero-medical assessment: (dd/mm/yyyy):</i>		12	Semnătura deținătorului: <i>Signature of CCA applicant/holder:</i>	

### GD 204/2020 MED.A.020 Decrease in medical fitness

- (a) Certificate holders shall not exercise the privileges of their certificate and related ratings or certificates at any time when they:
1. are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;
  2. take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable certificate;
  3. receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.
- (b) In addition, certificate holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:
1. have undergone a surgical operation or invasive procedure;
  2. have commenced the regular use of any medication;
  3. have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;
  4. have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;
  5. are pregnant;
  6. have been admitted to hospital or medical clinic;
  7. first require correcting lenses

### HG 204/2020 MED.A.020 Deteriorarea aptitudinii din punct de vedere medical

- (a) Titularii de certificate nu exercită privilegiile acordate de respectivele certificate și de calificările sau certificatele asociate, iar elevii piloți nu zboară în simplă comandă atunci când:
1. percep o deteriorare a aptitudinii lor din punct de vedere medical care i-ar putea face incapabili de a exercita în siguranță privilegiile respective;
  2. urmează un tratament medicamentos cu sau fără prescripție medicală, care ar putea pune în pericol exercitarea în siguranță a privilegiilor asociate certificatului în cauză;
  3. urmează un tratament medical, chirurgical sau de altă natură care ar putea pune în pericol exercitarea în siguranță a privilegiilor asociate certificatului în cauză.
- (b) În plus, titularii/titularele unui certificat medical trebuie să se prezinte, fără întârzieri nejustificate, și înainte de a exercita privilegiile asociate certificatului lor, la un AeMC, AME la un consult aeromedical în cazul în care:
1. au suferit o intervenție chirurgicală sau o procedură invazivă;
  2. au început un tratament medicamentos regulat;
  3. au suferit o leziune semnificativă care presupune incapacitatea de a-și desfășura activitatea ca membru al echipajului de zbor;
  4. au suferit de o afecțiune semnificativă care presupune incapacitatea de a-și desfășura activitatea ca membru al echipajului de zbor;
  5. sunt însărcinate;
  6. au fost internați (internate) într-un spital sau într-o clinică medicală;
  7. au nevoie pentru prima dată de lentile de corecție.

	<b>Certificarea medicală a personalului aeronautic</b> <b>Formulare</b>	AAC
		PIAC – MED
		81

**CERTIFICAT MEDICAL CLASA 3**

**Autoritatea Aeronautică Civilă  
a Republicii Moldova**



**CERTIFICAT MEDICAL**  
**MEDICAL CERTIFICATE**

**CLASA 3**  
**CLASS 3**

*Eliberat în conformitate cu Hotărârea Guvernului  
nr. 134/2019  
Prezentul certificat este conform cu standardele  
OACI*

*Issued in accordance with Government Decision  
No 134/2019  
This certificate complies with ICAO standards*

<b>I</b>	<i>Authority that issued or is to issue the pilot licence</i> Autoritatea care a eliberat sau urmează să elibereze certificatul de pilot
<b>III</b>	<i>Certificate number</i> Numărul certificatului
<b>IV</b>	<i>Last and first name of holder</i> Numele și prenumele titularului
<b>XIV</b>	<i>Date of birth</i> Data nașterii
<b>VI</b>	<i>Nationality</i> Naționalitatea
<b>VII</b>	<i>Signature of holder</i> Semnătura titularului

<b>XIII</b>	<i>Limitations/ limitări:</i> <i>Code/ cod:</i>  <i>Description/ descriere:</i>
<b>IX</b>	<i>Date of issue(dd/mm/yyyy):</i> <i>Data eliberării(zz/ll/aaaa):</i>  <i>Signature of issuing AME/medical assessor: Semnătura AME/ examinadorului medical al autorității de certificare:</i>
<b>XII</b>	<i>Stamp:</i> <i>Parafă:</i>

<b>IX. Expiry date of this certificate</b>  Data expirării prezentului certificat	
<i>Examination date (dd/mm/yyyy)</i> Data examinării (zz/ll/aaaa)	
	Last      Next
ECG	
Audiogram	
Ophtalmology	

**GD 204/2020 MED.A.020 Decrease in medical fitness**

(a) Certificate holders shall not exercise the privileges of their certificate and related ratings or certificates at any time when they:

1. are aware of any decrease in their medical fitness which might render them unable to safely exercise those privileges;
2. take or use any prescribed or non-prescribed medication which is likely to interfere with the safe exercise of the privileges of the applicable certificate;
3. receive any medical, surgical or other treatment that is likely to interfere with flight safety.

(b) In addition, certificate holders shall, without undue delay, seek aero-medical advice when they:

1. have undergone a surgical operation or invasive procedure;
2. have commenced the regular use of any medication;
3. have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;
4. have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;
5. are pregnant;
6. have been admitted to hospital or medical clinic;
7. first require correcting lenses

**HG 204/2020 MED.A.020 Deteriorarea aptitudinii din punct de vedere medical**

(a) Titularii de certificate nu exercită privilegiile acordate de respectivele certificate și de calificările sau certificatele asociate, iar elevii piloți nu zboară în simplă comandă atunci când:

1. percep o deteriorare a aptitudinii lor din punct de vedere medical care i-ar putea face incapabili de a exercita în siguranță privilegiile respective;
2. urmează un tratament medicamentos cu sau fără prescripție medicală, care ar putea pune în pericol exercitarea în siguranță a privilegiilor asociate certificatului în cauză;
3. urmează un tratament medical, chirurgical sau de altă natură care ar putea pune în pericol exercitarea în siguranță a privilegiilor asociate certificatului în cauză.

(b) În plus, titularii/titularele unui certificat medical trebuie să se prezinte, fără întârzieri nejustificate, și înainte de a exercita privilegiile asociate certificatului lor, la un AeMC, AME la un consult aeromedical în cazul în care:

1. au suferit o intervenție chirurgicală sau o procedură invazivă;
2. au început un tratament medicamentos regulat;
3. au suferit o leziune semnificativă care presupune incapacitatea de a-și desfășura activitatea ca membru al echipajului de zbor;
4. au suferit de o afecțiune semnificativă care presupune incapacitatea de a-și desfășura activitatea ca membru al echipajului de zbor;
5. sunt însărcinate;
6. au fost internați(internate) într-un spital sau într-o clinică medicală;
7. au nevoie pentru prima dată de lentile de corecție.

No. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CERERE CĂTRE AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ PENTRU  
OBȚINEREA / MENȚINEREA / MODIFICAREA  
CERTIFICATULUI DE EXAMINATOR AERO-MEDICAL**

Prin prezenta solicit eliberarea / revalidarea / reînnoirea / modificarea Certificatului de Examinator Aero-Medical (AME) în vederea efectuării examinărilor aeromedicale a titularilor (solicitanților) Certificatului medical de Clasa(ele): \_\_\_\_\_

Date personale	
Numele și Prenumele	
Data nașterii	
Domiciliul	
Adresa sediului	
Telefon mobil	
Telefon sediu / Fax	
Email personal	
Web site	
Studii (denumirea instituției de studii superioare / anul absolvirii)	
Specialitatea	
Vechimea în specialitate	
Experiența de AME (Numărul total de examinari aeromedicale efectuate / număr de examinări de la ultima recertificare / număr de examinări pe clase de personal)	

Cursuri pregătire în medicina aeronautică (de bază, avansată, reînnoire), congrese, conferințe, simulator etc):


Anul	Instituția	Denumirea cursului	Durata

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(semnătura)

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		83

### FIȘA MEDICULUI EXAMINATOR AEROMEDICAL (AME)

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_, IDNP \_\_\_\_\_, în calitate de medic examinator autorizat de Autoritatea Aeronautică Civilă, declar pe propria răspundere, în baza HG 204/2020 pct. MED.D.005(b) subpct. 3, că îmi asum obligația respectării reglementărilor în domeniul aviației civile în cadrul procesului de certificare medicală a personalului aeronautic precum și utilizarea formularelor standard indicate în Procedurile și Instrucțiunile de Aviație Civilă PIAC-MED emise de AAC.

Datele de corespondență utilizate în relația cu AAC pentru publicare la [www.caa.md](http://www.caa.md) sunt:

Adresa cabinetului:					
Mobil:		Telefon:		Fax:	
E-mail contact:				Web site	

Programul următor alocat examinărilor aeromedicale este flexibil, în funcție de solicitări:

Luni	Marti	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică

Lista personalului medical auxiliar & administrativ implicat în examinările aeromedicale:

Nr.	Numele și prenumele	Funcția
1.		
2.		
3.		
4.		

Declar autentic specimenul alăturat de semnătură olografă și parafă pe care le utilizez pentru autentificare, în procesul de certificare medicală a personalului aeronautic civil pe toate documentele asumate de mine în calitate de medic examinator aeromedical autorizat de către Autoritatea Aeronautică Civilă.

Data: .....

<p>semnătura și parafa medicului AME</p>  <p>.....</p> <p>L.Ș.</p>
--





Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC

PIAC – MED

84

No. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**APPLICATION TO THE CIVIL AVIATION AUTHORITY  
FOR OBTAINING / MAINTAINING / AMENDING OF THE AEROMEDICAL EXAMINER CERTIFICATE**

I hereby request the issuance / revalidation / renewal / modification of the Aeromedical Examiner (AME) Certificate in order to perform the aero-medical examinations of the holders (applicants) for the Class(es):  
\_\_\_\_\_ Medical Certificate


Personal data	
Surname and Forename	
Date of birth	
Domicile	
Headquarters address	
Mobile phone	
Headquarters telephone / Fax	
Personal email	
Web site	
Education (name of the higher education institution / year of graduation)	
Specialty	
Experience	
Experience as AME (Total number of aero-medical examinations performed / number of examinations since last recertification / number of examinations by aviation personnel classes)	

Training courses in aviation medicine (basic, advanced, renewal), congresses, conferences, simulator, etc.):

Year	Institution	Course name	Period

\_\_\_\_\_  
(date)

\_\_\_\_\_  
(signature)

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		85

### AEROMEDICAL EXAMINATOR'S (AME) FILE

The undersigned \_\_\_\_\_, IDN \_\_\_\_\_, as an examining doctor authorized by the Civil Aviation Authority, I declare on my own responsibility, based on GD 204/2020 point MED.D.005 (b) subpoint. 3, that I assume the obligation to comply with the regulations in the field of civil aviation within the process of medical certification of aeronautical personnel as well as the use of standard forms indicated in the Civil Aviation Procedures and Instructions PIAC-MED issued by CAA.

The correspondence data used in relation to CAA for publication at [www.caa.md](http://www.caa.md) are:

Medical office address:					
Mobile phone No:		Telephone No:		Fax:	
E-mail contact:				Web site	

The next schedule for aero-medical examinations is flexible, depending on demand:

Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday

List of auxiliary & administrative medical staff involved in aero-medical examinations:

No.	Surname and Forename	Position
1.		
2.		
3.		
4.		

I declare authentic the specimen with the handwritten signature and initials that I use for authentication, in the process of medical certification of civil aviation personnel on all documents assumed by me as an aeromedical examiner authorized by the Civil Aeronautical Authority.

Date: .....

The signature and initials of the AME

.....  
the place of the stamp



Nr. \_\_\_ / \_\_\_

**RAPORT DE AUDIT PENTRU SERVICII MEDICALE LA  
EXAMINATORII AERO-MEDICALI CERTIFICAȚI (AME)**

AUDIT / INSPECȚIE			
CERTIFICAREA AME		RECERTIFICAREA AME	SUPRAVEGHERE AME

NUMELE EXAMINATORULUI MEDICAL (AME):
CERTIFICATUL Nr. .... din ..... ; LOCALITATEA : .....
PERIOADA DE DESFĂȘURARE A INSPECȚIEI (AUDITULUI): .....
ECHIPA DE INSPECȚIE (AUDIT): .....
.....

Nr. crt.	OBIECTIVELE / ACTIVITĂȚILE VERIFICATE	C	M C	N	N/ A
<b>1.</b>	<b>Cerințe generale în vederea reautorizării</b>				
	Deține autorizație de liberă practică / certificat profesional curent *(la cerere)?				
	Deține documente ce atestă absolvirea unui curs de medicină aeronautică?				
	Pregătirea și experiența în practica medicală:				
	Pregătirea și experiența în practica medicinei aeronautice:				
	Specializări / grade profesionale:				
	Facilități privind păstrarea dosarelor, corespunzător cerințelor de confidențialitate				
<b>2.</b>	<b>Pregătirea examinatorilor medicali</b>				
	Care este pregătirea EM în vederea autorizării ca AME?				
	- pregătirea de bază în medicină aeronautică (60 ore):				
	- pregătirea avansată în medicină aeronautică (120 ore):				
	- reînnoirea pregătirii în medicină aeronautică (min. 20 ore):				
	Nr.total ex. inițiale/ revalidare / eliberări CM: Clasa 1: .... ; Clasa 2: ..... CC: ..... Clasa 3: ....				
	Nr.total de examinari, in vederea reautorizarii (min. 10 pe an): .....				
<b>3.</b>	<b>Echipament medical (vezi anexa*)</b>				
	Utilități, aparatură tehnico-medicală și facilități pentru examinări aeromedicale				



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC  
PIAC – MED  
87

extinse				
Echipament disponibil (detalii din anexă la cerere): - ex. cardiovascular ..... DA ..... - ex. oftalmologic ..... DA ..... - ex. orl..... DA ..... - ex. neurologic ..... DA ..... - teste de laborator..... DA .....				
<b>4. Respectarea / implementarea cerințelor</b>				
Cunoaște, respectă și aplică reglementările, procedurile , instrucțiunile și normele de aviație civilă?				
Implementează cerințele din HG 204/2020 și din PIAC-MED?				
Implementează cerințele din HG 134/2019 și din PIAC-MED?				
Sunt folosite documentele standard în activitatea de examinare medicală?				
Transmiterea promptă la AAC - AMS a doc. standard și CM				
Facilitate de comunicare a datelor medicale - scrisă sau electronică				

C = CORESPUNZATOR;  
N = NECORESPUNZATOR;  
M.C. = MASURI CORECTIVE  
N/A = NEAPLICABIL



**\* GHID PENTRU EVALUAREA STANDARDELOR MEDICALE**

1.	<b>EVALUAREA STANDARDELOR MEDICALE CLASA 1, CLASA 2, LAPL</b> (se evalueaza fiecare art. din HG 204/2020)		C	M C	N	N/ A
	Aparat cardiovascular	MED.B.010				
	Aparat respirator	MED.B.015				
	Aparat digestiv	MED.B.020				
	Sistem endocrin si sistem metabolic	MED.B.025				
	Hematologie	MED.B.030				
	Sistemul genito-urinar	MED.B.035				
	Boli infecțioase	MED.B.040				
	Ginecologie și obstetrică	MED.B.045				
	Sistemul musculo - scheletic	MED.B.050				
	Sănătatea Mintală (Psihiatrie & Psihologie)	MED.B.055				
	Neurologie	MED.B.065				
	Oftalmologie	MED.B.070				
	Vedere cromatică	MED.B.075				
	ORL	MED.B.080				
	Dermatologie	MED.B.085				
	Oncologie	MED.B.090				
	Examinarea medicală a LAPL	MED.B.095				
2.	<b>EVALUAREA STANDARDELOR MEDICALE ALE ECHIPAJULUI DE CABINĂ</b> (se evalueaza fiecare art. din HG 204/2020)		C	M C	N	N/ A
	Examinarea generală	MED.C.020				
	Conținutul evaluărilor aeromedicale	MED.C.025				
3.	<b>EVALUAREA STANDARDELOR MEDICALE CLASA 3</b> (se evaluează fiecare paragraf din AMC&GM la CT-ATCO-MED)		C	M C	N	N/ A
	Aparat cardiovascular	AMC1 ATCO.MED.B.010				
	Aparat respirator	AMC1 ATCO.MED.B.015				
	Aparat digestiv	AMC1 ATCO.MED.B.020				
	Boli endocrine / nutriție/metabolice	AMC1 ATCO.MED.B.025				
	Hematologie	AMC1 ATCO.MED.B.030				
	Aparat genito-urinar	AMC1 ATCO.MED.B.035				
	Boli infecțioase	AMC1 ATCO.MED.B.040				
	Ginecologie și obstetrică	AMC1 ATCO.MED.B.045				
	Aparat osteo-muscular	AMC1 ATCO.MED.B.050				
	Psihiatrie	AMC1 ATCO.MED.B.055				
	Psihologie	AMC1 ATCO.MED.B.060				
	Neurologie	AMC1 ATCO.MED.B.065				



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC  
PIAC – MED  
89

	Oftalmologie	AMC1 ATCO.MED.B.070				
	Vederea color	AMC1 ATCO.MED.B.075				
	ORL	AMC1 ATCO.MED.B.080				
	Dermatologie	AMC1 ATCO.MED.B.085				
	Oncologie	AMC1 ATCO.MED.B.090				

C = CORESPUNZATOR;

N = NECORESPUNZATOR;

M.C. = MASURI CORECTIVE

N/A = NEAPLICABIL

Nr. ref.	CONȚINUTUL OBSERVAȚIEI / NECONFORMITĂȚII ȘI MĂSURI CORECTIVE	Termen
	AUTOEVALUARE:  CONSTATĂRI:  NECONFORMITĂȚI:  MĂSURI CORECTIVE:	
Nr. ref.	CONȚINUTUL OBSERVAȚIEI / NECONFORMITĂȚII ȘI MĂSURI CORECTIVE	Termen



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC

PIAC – MED

90

RECOMANDĂRI:

**SE PROPUNE:**

CERTIFICAREA  
AME

MODIFICAREA  
CERTIFICATULUI

RECERTIFICAREA  
AME

SUSPENDAREA  
AME

**ECHIPA DE  
AUDIT**

numele și prenumele / funcția

Semnătura

**ÎNTOCMIT**

INSPECTOR MEDICINĂ AERONAUTICĂ (AMS)



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC

PIAC – MED

91

Civil Aviation Authority of  
the Republic of Moldova



Autoritatea Aeronautică Civilă  
a Republicii Moldova

**CERTIFICAT DE EXAMINATOR AEROMEDICAL**  
*AERO-MEDICAL EXAMINER CERTIFICATE*

**CERTIFICAT:** [număr / referință certificat]  
**CERTIFICATE:**

În temeiul Hotărârii Guvernului nr. 204/2020 și sub rezerva îndeplinirii condițiilor specificate mai jos,  
Autoritatea Aeronautică Civilă a Republicii Moldova certifică prin prezenta că  
*Pursuant to Government Decision no. 204/2020 and subject to the conditions specified below, the Civil  
Aviation Authority of the Republic of Moldova hereby certifies*

[ Numele Examinatorului Aeromedical ]

[ **UNITATEA MEDICALĂ** ]

[ *Adresa Examinatorului Aeromedical* ]

este examinator aeromedical  
*as aero-medical examiner*

**CONDIȚII:**

**CONDITIONS:**

1. Prezentul certificat este limitat la privilegiile prevăzute în anexa la prezentul certificat de AME.  
*This certificate is limited to the privileges specified in the attachment to this AME certificate.*
2. Prezentul certificat impune respectarea normelor de aplicare și a procedurilor specificate în Partea MED.  
*This certificate requires compliance with the implementing rules and procedures specified in Part MED.*
3. Prezentul certificat rămâne valabil până la ..... sub rezerva conformității cu cerințele din Partea MED, cu excepția cazurilor în care a fost restituit, înlocuit, suspendat sau revocat;  
*This certificate shall remain valid until ..... subject to compliance with the requirements of Part MED, as appropriate unless it has been surrendered, suspended or revoked.*

Data eliberării: .....

*Date of issue:*

**DIRECTOR**  
***DIRECTOR***

Semnătura:

*Signature:*

L.Ș.





**CERTIFICAT PENTRU EXAMINATORII AEROMEDICALI (AME)**  
**CERTIFICATE FOR AERO-MEDICAL EXAMINERS (AMEs)**

**Anexă la certificatul de AME numărul:**

[număr / referință certificat]

*Attachment to AME certificate number:*

**PRIVILEGII ȘI SFERĂ DE ACTIVITATE**  
**PRIVILEGES AND SCOPE**

**[Numele și Titlul al Examinatorului Aeromedical]** a obținut privilegiul (privilegiile) de a realiza examinări și evaluări aeromedicale în vederea eliberării de certificate medicale și rapoarte medicale în conformitate cu tabelul de mai jos și de a elibera aceste certificate și rapoarte medicale pentru:

**[Name and Title of Aeromedical Examiner]** has obtained the privilege(s) to undertake aero- medical examinations and assessments for the issuance of medical certificates as stated in the table below and to issue these medical certificates for:

clasa de examinări și privilegiul acordat <i>examination class and privilege granted</i>		valabilitatea validity
Clasa 1 <i>Class 1</i>	revalidare / reînnoire <i>revalidation / renewal</i>	[da/data]/ [nu] <i>[yes date] / [no]</i> .....
Clasa 2 <i>Class 2</i>	inițial / revalidare / reînnoire <i>initial / revalidation / renewal</i>	[da/data] <i>[yes /date]</i> .....
LAPL <i>LAPL</i>	inițial / revalidare / reînnoire <i>initial / revalidation / renewal</i>	[da/data] <i>[yes /date]</i> .....
Echipaj cabină <i>Cabin crew</i>	inițial / revalidare / reînnoire <i>initial / revalidation / renewal</i>	[da/data] <i>[yes /date]</i> .....

**Data eliberării:** .....  
*Date of issue:*

**DIRECTOR**  
*DIRECTOR*

Semnătura:  
*Signature:*

L.Ș



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC

PIAC – MED

93

Civil Aviation Authority of  
the Republic of Moldova



Autoritatea Aeronautică Civilă  
a Republicii Moldova

**CERTIFICAT DE EXAMINATOR AEROMEDICAL**  
**AERO-MEDICAL EXAMINER CERTIFICATE**

**CERTIFICAT:** [număr / referință certificat]  
**CERTIFICATE:**

În temeiul Hotărârii Guvernului nr. 134/2019 și sub rezerva îndeplinirii condițiilor specificate mai jos, Autoritatea Aeronautică Civilă certifică prin prezenta că  
*Pursuant to Government Decision no 134/2019 and subject to the conditions specified below, the Civil Aviation Authority hereby certifies*

[ Numele Examinatorului Aeromedical ]

[UNITATEA MEDICALĂ ]

[ Adresa Examinatorului Aeromedical ]

este examinator aeromedical  
*as aero-medical examiner*

**CONDIȚII:**

**CONDITIONS:**

1. Prezentul certificat este limitat la privilegiile prevăzute în anexa la prezentul certificat de AME;  
*This certificate is limited to the privileges specified in the attachment to this AME certificate.*
2. Prezentul certificat impune respectarea normelor de aplicare și a procedurilor specificate în Partea ATCO.MED;  
*This certificate requires compliance with the implementing rules and procedures specified in Part ATCO.MED, as appropriate.*
3. Prezentul certificat rămâne valabil până la ..... sub rezerva conformității cu cerințele din Partea ATCO.MED, după caz, cu excepția cazurilor în care a fost restituit, înlocuit, suspendat sau revocat;  
*This certificate shall remain valid until ..... subject to compliance with the requirements of Part ATCO.MED, as appropriate unless it has been surrendered, suspended or revoked.*

Data eliberării: .....  
*Date of issue:*

**DIRECTOR**  
**DIRECTOR**

Semnătura:  
*Signature:*

L.Ș



**CERTIFICAT PENTRU EXAMINATORII AEROMEDICALI (AME)**  
*CERTIFICATE FOR AERO-MEDICAL EXAMINERS (AMEs)*

**Anexă la certificatul de AME numărul:** [număr / referință certificat]  
*Attachment to AME certificate number:*

**PRIVILEGII ȘI SFERĂ DE ACTIVITATE**  
*PRIVILEGES AND SCOPE*

**[Numele și Titlul Examinatorului Aeromedical]** a obținut privilegiul (privilegiile) de a realiza examinări și evaluări aeromedicale în vederea eliberării de certificate medicale în conformitate cu tabelul de mai jos și de a elibera aceste certificate medicale pentru:

**[Name and Title of Aeromedical Examiner]** has obtained the privilege(s) to undertake aero-medical examinations and assessments for the issuance of medical certificates as stated in the table below and to issue these medical certificates for:


clasa de examinări și privilegiul acordat <i>examination class and privilege granted</i>	valabilitatea <i>validity</i>
Clasa 3                      revalidare / reînnoire <i>Class 3                      revalidation / renewal</i>	[da/data]/ [nu] ..... <i>[yes date] / [no] .....</i>

Data eliberării: .....  
*Date of issue:*

**DIRECTOR**  
***DIRECTOR***

Semnătura:  
*Signature:*

L.Ș

	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		95

Nr. \_\_\_/ \_\_\_

**CERERE CĂTRE AUTORITATEA AERONAUTICĂ CIVILĂ PENTRU OBTINEREA CERTIFICATULUI  
CENTRULUI DE MEDICINĂ AERONAUTICĂ (AeMC)**

Prin prezenta solicităm eliberarea Certificatului Centrului de Medicină Aeronautică (AeMC) în vederea efectuării examinărilor aeromedicale a titularilor (solicitanților) certificatului medical de Clasa (ele) \_\_\_\_\_

1	Numele unității medicale	adresa; telefon; fax; e-mail
2	Nume Director General	adresa; telefon; fax; e-mail
3	Nume Director Adjunct	adresa; telefon; fax; e-mail
4	Număr examinări medicale efectuate de AME	
5	Unitate medicală angajată în activități de medicină aeronautică	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
6	Unitatea este atașată sau în legătură cu un spital/ institut medical DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>	Denumirea spitalului / institutului medical:

Anexe:

1	Lista medicilor implicați în examinarea medicală a personalului aeronautic civil	
2	Documente care certifică pregătirea profesională a medicilor implicați în examinarea medicală a personalului aeronautic civil	
3	Copii ale certificatelor medicilor AME încadrați în instituție	
4	Lista facilităților tehnice folosite în examinarea medicală a personalului aeronautic civil	
5	Lista facilităților folosite pentru păstrarea confidențialității medicale.	
6	Lista facilităților tehnice pentru transmiterea rapidă a datelor medicale către AAC	
7	Planul Sistemului de Management al Siguranței / Manualul de Management	

(data)

(semnătura și ștampila)



**APPLICATION TO THE CIVIL AVIATION AUTHORITY  
FOR OBTAINING OF THE AERO-MEDICAL CENTER (AeMC) CERTIFICATE**

We hereby request the issuance of the Certificate of the Aero-Medical Center (AeMC) in order to perform the aero-medical examinations of the holders (applicants) for class(es) \_\_\_\_\_ medical certificate

1	The name of the medical unit	address; phone; fax; e-mail
2	Director's Name	address; phone; fax; e-mail
3	Deputy Director's Name	address; phone; fax; e-mail
4	Number of medical examinations performed by AME	
5	Medical unit engaged in aeronautical medicine activities	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	The unit is attached to or connected to a hospital / medical institute YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Name of the hospital / medical institute:

Annexes:

1	List of doctors involved in the medical examination of civil aviation personnel	
2	Documents certifying the professional training of doctors involved in the medical examination of civil aviation personnel	
3	Copies of AME doctors' certificates employed by the medical unit	
4	List of technical facilities used in the medical examination of civil aviation personnel	
5	List of facilities used to maintain medical confidentiality	
6	List of technical facilities for the rapid transmission of medical data to CAA	
7	Safety Management System Plan / Management Manual	

(date)

(signature and stamp)



## RAPORT DE AUDIT / INSPECȚIE A CENTRULUI DE MEDICINĂ AERONAUTICĂ (AeMC)

### AUDIT / INSPECȚIE

CERTIFICAREA AeMC      RECERTIFICAREA AeMC      SUPRAVEGHEREA AeMC

NUMELE UNITĂȚII MEDICALE (AeMC) : .....

AUTORIZAȚIE PENTRU SERVICII MEDICALE Nr. .... din data: .....

LOCALITATEA: .....

PERIOADA DE DESFĂȘURARE A AUDITULUI: .....

ECHIPA DE AUDIT: .....

.....

PERSOANE CU FUNCȚII DE CONDUCERE CONTACTATE CU OCAZIA AUDITULUI:

### 1. Structura organizatorică

Conducerea unității / Centrului de Medicină Aeronautică

Director General

Tel :

Fax :

Director Adjunct

Tel :

Fax :

Șef Comisie Examinare

Medicală pentru Aviația Civilă

Tel :

Fax :

Nr. crt.	OBIECTIVELE / ACTIVITĂȚILE VERIFICATE	C	N	M C	N/A
2.	<b>Cerințe generale în vederea certificării</b>				
	Este atașat la sau în legătură cu un spital / institut medical desemnat?				
	Este angajat în activități de medicină aeronautică și activități conexe?				
	Este condus de un AME responsabil de activitatea de examinare medico-aeronautică?				
	Personalul medical are pregătire / experiență în medicină aeronautică?				
	Care este pregătirea AME și a personalului medical?				
	- au pregătirea de bază în medicina aeronautică (60 ore): clasa .....				
	- au pregătirea avansată în medicina aeronautică (120 ore) :				
	- au reînnoirea pregătirii în medicina aeronautică (min. 20 ore conform AMC&GM la HG 204/2020 pct. AMC1 MED.D.030)				
	Număr total de examinări aeromedicale (min. 200 / an conform AMC&GM la				



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC  
PIAC – MED  
98

HG 204/2020 pct. AMC1 ORA.AeMC.135)


3.	SPECIALITĂȚILE / GRADELE PROFESIONALE ALE PERSONALULUI MEDICAL :	C	N	M C	N/ A
	- medicina internă				
	- cardiologie				
	- oftalmologie				
	- O.R.L.				
	- neurologie				
	- psihiatrie				
	- psihologie				
	- chirurgie generală				
	- laborator clinic				
	- obstetrică ginecologie				
	- dermatologie				
	Numărul total de medici specialiști implicați în examinare .....				
	Nr. total examinări inițiale: ..... ; din care: Clasa 1: ..... ; Clasa 2: ..... ; Clasa 3 : ..... ; CC : ..... ; LAPL: .....				
	Nr. total examinări revalidări CM : ....., din care: Clasa 1: ..... ; Clasa 2: ..... ; Clasa 3: ..... ; CC : ..... ; LAPL: .....				
	Cum este asigurată confidențialitatea datelor medicale și secretul profesional?				
	Cine are acces la dosarele medicale ale aplicanților?				
	Există un sistem de securitate al fișierului unde sunt păstrate dosarele medicale?				
4.	ECHIPAMENTELE ȘI DISPOZITIVELE MEDICALE				
	Utilități, aparatura tehnico-medicală și facilități pentru examinări aeromedicale extinse				
	Ce echipament este disponibil				



- ex. Oftalmologic				
- ex. Cardiovascular				
- O.R.L.				
- ex. neurologic				
- ex. radiologic, CT, RMN				
- teste specifice de laborator				
- teste funcționale respiratorii				
<b>5. RESPECTAREA / IMPLEMENTAREA CERINȚELOR</b>				
Cunoașterea, respectarea și aplicarea în cadrul AeMC a reglementărilor, procedurilor, instrucțiunilor și normelor de aviație civilă				
Sunt implementate cerințele din HG 204/2020 și ale PIAC-MED?				
Sunt implementate cerințele din HG 134/2019 și ale PIAC-MED?				
Folosirea formularelor standard în activitatea de examinare medicală?				
Transmiterea prompta la AAC (AMS) a formularelor standard și a CM				
Facilitate de comunicare a datelor medicale - scrisă sau electronică				

<b>6.</b>	<b>EVALUAREA SISTEMULUI DE MANAGEMENT</b>	Referință	<b>C</b>	<b>M C</b>	<b>N</b>	<b>N/ A</b>
a.	Descrierea detaliată a funcției de monitorizare a complianței din cadrul sistemului de management					
b.	Liste /tabele care să demonstreze procesele și procedurile folosite pentru obținerea și menținerea complianței cu fiecare din cerințele aplicabile					
c.	Metode și mijloace de realizare a procesului de audit intern					
d.	Metode și mijloace de realizare a feedback-ului neconformităților descoperite de auditul intern către Directorul General					
e.	Persoanele responsabile nominalizate pentru menținerea complianței cu cerințele aplicabile					
f.	Mijloace și metode de responsabilizare a personalului					
g.	Procedura de amendare a documentelor (MM, proceduri interne)					
h.	Mijloace și metode folosite pentru obținerea și menținerea complianței cu activitățile contractate					
i.	Complianța cu cerințele privind responsabilitatea directă asupra siguranței a managerului AeMC					
j.	Complianța cu cerințele privind politica de siguranță a organizației					



	Certificarea medicală a personalului aeronautic Formulare	AAC
		PIAC – MED
		100

k.	Complianța cu cerințele privind identificarea factorilor de risc pentru siguranța aviației cu relevanță pentru obiectul de activitate al organizației (metode și mijloace)					
l.	Complianța cu cerințele de evaluare și managementul factorilor de risc pentru siguranța aviației identificați, relevanță pentru obiectul de activitate al organizației (metode și mijloace)					
m.	Complianța cu cerințele privind măsurile corective și evaluarea eficienței acestora pentru diminuarea factorilor de risc pentru siguranța aviației identificați, cu relevanță pentru obiectul de activitate al organizației (metode și mijloace)					
n.	Complianța cu cerințele privind informarea personalului despre responsabilitățile deținute în siguranța zborului (metode și mijloace)					

**\* GHID ÎN EVALUAREA STANDARDELOR MEDICALE**

7.	EVALUAREA STANDARDELOR MEDICALE CLASA 1, 2 ȘI LAPL (se evaluează fiecare art. din HG 204/2020)	REFERINȚĂ HG 204/2020	C	M C	N	N/ A
	Sistemul cardiovascular	MED.B.010				
	Aparat respirator	MED.B.015				
	Sistemul digestiv	MED.B.020				
	Sistem endocrin și sistem metabolic	MED.B.025				
	Hematologie	MED.B.030				
	Sistemul genito-urinar	MED.B.035				
	Boli infecțioase	MED.B.040				
	Ginecologie și obstetrică	MED.B.045				
	Sistemul musculo - scheletic	MED.B.050				
	Psihiatrie	MED.B.055				
	Psihologie	MED.B.060				
	Neurologie	MED.B.065				
	Oftalmologie	MED.B.070				
	Vedere Cromatică	MED.B.075				
	ORL	MED.B.080				
	Dermatologie	MED.B.085				
	Oncologie	MED.B.090				
	Examinarea medicală a LAPL	MED.B.095				



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC  
PIAC – MED  
101

8.	<b>EVALUAREA STANDARDELOR MEDICALE ALE ECHIPAJULUI DE CABINĂ</b> (se evaluează fiecare art. din HG 204/2020)	C	M C	N	N/ A
	Examinarea generală				
	Conținutul evaluărilor aeromedicale				

9.	<b>EVALUAREA STANDARDELOR MEDICALE CLASA 3</b> (se evaluează fiecare paragraf din AMC&GM la CT-ATCO-MED)	REFERINȚĂ	C	M C	N	N/ A
	Aparat cardiovascular	AMC1 ATCO.MED.B.010				
	Aparat respirator	AMC1 ATCO.MED.B.015				
	Aparat digestiv	AMC1 ATCO.MED.B.020				
	Boli endocrine / nutriție/metabolice	AMC1 ATCO.MED.B.025				
	Hematologie	AMC1 ATCO.MED.B.030				
	Aparat genito-urinar	AMC1 ATCO.MED.B.035				
	Boli infecțioase	AMC1 ATCO.MED.B.040				
	Ginecologie și obstetrică	AMC1 ATCO.MED.B.045				
	Aparat osteo-muscular	AMC1 ATCO.MED.B.050				
	Psihiatrie	AMC1 ATCO.MED.B.055				
	Psihologie	AMC1 ATCO.MED.B.060				
	Neurologie	AMC1 ATCO.MED.B.065				
	Oftalmologie	AMC1 ATCO.MED.B.070				
	Vederea color	AMC1 ATCO.MED.B.075				
	ORL	AMC1 ATCO.MED.B.080				
	Dermatologie	AMC1 ATCO.MED.B.085				
	Oncologie	AMC1 ATCO.MED.B.090				

C = CORESPUNZATOR;

N = NECORESPUNZATOR;

M.C. = MASURI CORECTIVE

N/A = NEAPLICABIL



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC  
PIAC – MED  
102

Nr. ref.	CONȚINUTUL OBSERVAȚIEI / NECONFORMITĂȚII ȘI MĂSURI CORECTIVE	Termen
	AUTOEVALUARE:  CONSTATĂRI:  NECONFORMITĂȚI:  MĂSURI CORECTIVE:  RECOMANDĂRI:	

<b>SE PROPUNE:</b>	CERTIFICAREA AeMC	MODIFICAREA CERTIFICATULUI	RECERTIFICAREA AeMC	SUSPENDAREA AeMC
--------------------	----------------------	-------------------------------	------------------------	---------------------

<b>ECHIPA DE AUDIT</b>	numele și prenumele / funcția	Semnătura
<b>ÎNTOCMIT</b>	INSPECTOR MEDICINĂ AERONAUTICĂ (AMS)	



Certificarea medicală a personalului aeronautic  
Formulare

AAC

PIAC – MED

103

Civil Aviation Authority of  
the Republic of Moldova



Autoritatea Aeronautică Civilă  
a Republicii Moldova

**CERTIFICAT DE CENTRU DE MEDICINĂ AERONAUTICĂ**  
*AEROMEDICAL CENTRE CERTIFICATE*

[ NUMĂR REFERINȚĂ ]  
[ REFERENCE NUMBER ]

În temeiul Hotărârii Guvernului nr. 204/2020 și sub rezerva îndeplinirii condițiilor specificate mai jos, Autoritatea Aeronautică Civilă certifică prin prezenta că

*Pursuant to Government Decision no. 204/2020 and subject to the conditions specified below, the Civil Aviation Authority hereby certifies*

[ NUMELE ORGANIZAȚIEI ]  
[ NAME OF THE ORGANISATION ]  
[ ADRESA ORGANIZAȚIEI ]  
[ ADDRESS OF THE ORGANISATION ]

este un centru de medicină aeronautică în conformitate cu Partea ORA, cu privilegiile și sfera de activitate prevăzute în condițiile de aprobare anexate.

*as a Part ORA certified aero-medical centre with the privileges and the scope of activities as listed in the attached terms of approval.*

**CONDIȚII:**

**CONDITIONS:**

1. Presentul certificat este limitat la sfera de activitate specificată în secțiunea referitoare la aprobare din manualul organizației aprobate;  
*This certificate is limited to the scope of approval section of the approved organisation manual.*
2. Presentul certificat impune respectarea procedurilor specificate în documentația organizației, conform dispozițiilor Părții ORA.  
*This certificate requires compliance with the procedures specified in the organisation documentation as required by Part ORA.*
3. Presentul certificat rămâne valabil sub rezerva conformității cu cerințele din Partea ORA cu excepția cazurilor în care a fost restituit, înlocuit, suspendat sau revocat.  
*This certificate shall remain valid subject to compliance with the requirements of Part ORA unless it has been surrendered, superseded, suspended or revoked.*

Data eliberării: .....

*Date of issue:*

**DIRECTOR**

Semnătura:  
*Signature:*