

Send til:
postmottak@caa.no
eller
Luftfartstilsynet
Postboks 243
8001 BODØ

Søknad om godkjenning som flylege (AME)

Personalialia	
Etternavn, Fornavn:	
Personnummer (12 siffer):	Nasjonalitet:
HPR-nummer:	AME-nummer (ved forlengelse):
Telefonnummer:	E-post:

Søknad	
<input type="checkbox"/> Førstegangssøknad <input type="checkbox"/> Søknad om forlengelse (fortsatt gyldig sertifikat) <input type="checkbox"/> Søknad om fornyelse (tidligere utgått sertifikat)	<input type="checkbox"/> Klasse 1 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <input type="checkbox"/> Klasse 3

Adresse for flymedisinsk praksis (publiseres på Luftfartstilsynets hjemmeside)		
Navn på legesenter/virksomhet:		Kundetf.:
Adresse:	Postnummer:	Poststed:
<input type="checkbox"/> Det bekreftes at opplysningene på Luftfartstilsynets nettside er korrekt (for allerede registrerte AME)	<input type="checkbox"/> Det ønskes en annen fakturaadresse (send som vedlegg)	<input type="checkbox"/> Det er planlagt flymedisinsk praksis på flere adresser (send som vedlegg)

Medisinsk spesialitet *		
Cand.med. (år):	Medisinsk spesialitet:	Godkjent (år):

AME kurs*		
<input type="checkbox"/> Basic AME course	Sted:	Dato:
<input type="checkbox"/> Advanced AME course	Sted:	Dato:

Antall sivile flymedisinske undersøkelser i løpet av de siste 3 år			
	År:	År:	År:
Klasse 1			
Klasse 2			
Klasse 3			
LAPL			
Kabinbesetning / CC			
Annet (spesifiser):			

AME-etterutdanning eller annen flymedisinsk erfaring siden forrige søknad / i løpet av de siste 3 år (gjelder ikke førstegangssøkere) *		
Kurs/kongress/annen flymedisinsk erfaring:	Sted og dato:	Antall timer:

Signatur	
Jeg vil til enhver tid i godkjenningsperioden holde meg oppdatert på gjeldende regelverk og prosedyrer for flymedisinsk sertifisering som det søkes godkjenning for, og jeg vil følge disse i mitt virke som flylege.	
Dato, sted:	Signatur: