**დანართი №5**

**ავიასპეციალისტის სამედიცინო სერტიფიცირების, სერტიფიკატის მოქმედების ვადის გაგრძელების, სერტიფიკატის განახლების განცხადების ფორმა**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. სერტიფიკატის გამცემი სახელმწიფო | 2. სამედიცინო სერტიფიკატის კლასი  პირველი  მე-2  მე-3  სხვა | | | | |
| 3. განმცხადებლის გვარი | 4. სახელის და/ან გვარის შეცვლისას, მიეთითება ადრე არსებული სახელიც/გვარიც. | | | 12. სერტიფიკატის გაცემა  სერტიფიკატის მოქმედების ვადის გაგრძელება  სერტიფიკატის განახლება | |
| 5. განმცხადებლის სახელი | 6. დაბადების თარიღი: | | 7. სქესი  მამრ.  მდედრ. | 13. მისაღები სამედიცინო სერტიფიკატის კლასი: | |
| 8. დაბადების ადგილი | 9. მოქალაქეობა:  პირადი N: | | | 14. პროფესია | |
| 10. იურიდიული მისამართი  ქვეყანა:  ტელ. #:  მობ. #:  ელ.ფოსტა: @ | 11. ფაქტობრივი საცხოვრებელი ადგილი:  ქვეყანა:  ტელ.# : | | | 15. დამსაქმებელი | |
| 16. ბოლო სამედიცინო შემოწმების  თარიღი: ადგილი: | |
|  | |
| 17. ავიასპეციალისტის მოწმობის  ნომერი;  ავიასპეციალისტის მოწმობის გამცემი სახელმწიფო | | 18. სამედიცინო სერტიფიკატის შეზღუდვა არა  კი  შენიშვნა: | | | |
| 19. გეთქვათ თუ არა უარი სამედიცინო სერტიფიკატის გაცემაზე, ხომ არ შეჩერებულა/ გაუქმებულა სამედიცინო სერტიფიკატი ან ავიასპეციალისტის მოწმობა უფლებამოსილი ორგანოს მიერ?  არა  კი  თარიღი: ქვეყანა:  დეტალები: | |
| 20. სულ ნაფრენი საათები: | | | 21. ნაფრენი საათები ბოლო სამედიცინო შემოწმების შემდეგ: |
| 22. საჰაერო ხომალდის ტიპი, რომლითაც ამჟამად ასრულებთ ფრენებს: | | | |
| 23. ბოლო სამედიცინო შემოწმების შემდეგ ხომ არ დამდგარა საავიაციო მოვლენა  არა  კი  თარიღი: ადგილი:  დეტალები: | | 24. დაგეგმილი ფრენის ტიპი: | | | |
| 25. მიმდინარე საფრენოსნო საქმიანობა  ერთპილოტიანიმრავალპილოტიანი | | | |
| 26. ღებულობთ ალკოჰოლს?  არა კი, რაოდენობა | | 27. ღებულობთ თუ არა ამჟამად რაიმე მედიკამენტს?  არა  კი მიუთითეთ მედიკამენტი, დოზა, დაწყების თარიღი და მიზეზი: | | | |
| 28. ეწევით? არა, არასოდეს  არა, შეწყვეტის თარიღი:  დიახ, მიუთითეთ ტიპი და ოდენობა. | |
| 29. ოჯახის ექიმი: სახელი, გვარი:  მისამართი:  ელ.ფოსტა: ტელ. | |  | | | |

სამედიცინო ისტორია: ხომ არ აღენიშნებოდათ ან აღენიშნებათ რომელიმე ქვემოთჩამოთვლილი დაავადება? (მონიშნეთ)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | კი | არა |  | | კი | არა |  | | კი | არა | ოჯახური სტორია: | კი | არა |
| 1. თვალის დაავადება/თვალზე ოპერაცია |  |  | 12. ცხვირის, ყელის ან მეტყველების დარღვევები | |  |  | 23. მალარია ან სხვა ტროპიკული  დაავადება | |  |  | 33. გულის დაავადება |  |  |
| 2. ოდესმე თუ ატარებდით სათვალეებს და/ან საკონტაქტო ლინზებს |  |  | 13. თავის ტრავმა ან ტვინის შერყევა | |  |  | 24. აივ-დადებითი ტესტი | |  |  | 34. სწორი არტერიული წნევა |  |  |
| 14. ხშირი მწვავე თავის ტკივილები | |  |  | 25. სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება | |  |  | 35. ქოლესტეროლის მაღალი დონე |  |  |
| 3. სათვალეების საკონტაქტო ლინზების რეცეპტის ცვლილება ბოლო სამედიცინო შემოწმების შემდეგ. |  |  | 15. თავბრუსხვევა ან გულის წასვლის შეგრძნება | |  |  | 26. სავადმყოფოში მოხვედრა | |  |  | 36. ეპილეფსია |  |  |
| 16. რაიმე მიზეზით გულის წასვლა | |  |  | 27. ნებისმიერი სხვა დაავადება ან დაზიანება | |  |  | 37. გონებრივი დაავადება |  |  |
| 4. ალერგიული კონიუქტივიტი, სხვა ალერგიული დაავადება |  |  | 17. ნევროლოგიური დარღვევები;დამბლა, ეპილეფსია,კრუნჩხვა,პარალიჩი და ა.შ. | |  |  | 28. ექიმთან ვიზიტი ბოლო სამედიცინო შემოწმების შემდეგ | |  |  | 38. დიაბეტი |  |  |
| 5. ასთმა, ფილტვების დაავადება |  |  | 39. ტუბერკულოზი |  |  |
| 6. გულის ან ვასკულარული დაავადება |  |  | 18. ნებისმიერი ფსიქოლოგიური ან ფსიქიატრიული პრობლემა | |  |  | 29. სიცოცხლის დაზღვევაზე უარის მიღება | |  |  | 40. ალერგია/ასთმა/ეგზემა |  |  |
| 7. მაღალი ან დაბალი არტერიული წნევა |  |  | 30. ფრენის ლიცენზიაზე უარის მიღება | |  |  | 41. გენეტიკური დაავადებები |  |  |
| 8. თირკმელებში კენჭი ან შარდში სისხლი |  |  | 19. ალკოჰოლის/ნარკოტიკის/მედიკამენტის ბოროტად მოხმარება | |  |  |  | | | | 42. გლაუკომა |  |  |
| 9. დიაბეტი, ჰორმონალური დარღვევა |  |  | 20. თვითმკვლელობის მცდელობა | |  |  | მხოლოდ ქალები: | | |
| 10. კუჭის, ღვიზლის ან ნაწლავური დაავადება |  |  | 21. მოძრაობის ავადმყოფობა, რომელიც მოითხოვს მედიკამენტის მიღებას | |  |  | 31. ჯარში გაწვევაზე უარის თქმა სამედიცინო მიზეზებით | |  |  |
| 43. გინეკოლოგიური, ციკლის პრობლემები |  |  |
| 11. სიყრუე, ყურის დაავადება |  |  | 22. ანემია/ნამგლისებრუჯრედოვანი/სისხლის სხვა დარღვევები | |  |  | 32. პენსიის დანიშვნა ან | |  |  |
|  |  |  | ფიზიკური დაზიანების ან ავადმყოფობის გამო კომპენსაციის მიღება | |  |  | 44. ორსულად ხართ? |  |  |
| 45. შენიშვნა: თუ ერთხელ უკვე გაქვთ შევსებული განცხადების ფორმა და მის შემდეგ არ ჰქონია ადგილი ცვლილებებს, მიუთითეთ ამის შესახებ. | | | | | | | | | | | | | |
| 46. ვადასტურებ, რომ წინამდებარე განცხადებაში აღნიშნული მონაცემები სწორია და შეესაბამება სინამდვილეს.  ჩემთვის ცნობილია, რომ განცხადებაში არასწორი ინფორმაციის შეტანის შემთხვევაში, სერტიფიკატის გამცემი უფლებამოსილია უარი განაცხადოს სამედიცინო სერტიფიკატის გაცემაზე, მოქმედების ვადის გაგრძელებაზე, სერტიფიკატის განახლებაზე ან გააუქმოს უკვე გაცემული სამედიცინო სერტიფიკატი.  თანხმობას ვაცხადებ, განცხადებაში მოყვანილი ინფორმაციის ავიასამედიცინო შემფასებლისადმი მიწოდებაზე. წარმოდგენილი დოკუმენტაცია და ელექტრონული მონაცემები გამოყენებული უნდა იქნას სამედიცინო შემოწმების ჩასატარებლად და დარჩება სააგენტოში იმ პირობით, რომ ჩემთვის და ჩემი ექიმისათვის იგი ხელმისაწვდომი იქნება მოქმედი კანონმდებლობის შესაბამისად, მუდამ დაცული იქნება სამედიცინო კონფიდენციალურობა. | | | | | | | | | | | | | |
| --------------------------------------------------------------------  თარიღი | | | | ----------------------------------------------------------------  განმცხადებლის ხელმოწერა | | | | --------------------------------------------------------------------  ავიასამედიცინო ექსპერტი ხელმოწერა | | | | | |