ENAC
ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE

NOTIFICA DI DINIEGO AL RILASCIO DI CERTIFICATO/RAPPORTO MEDICO

NOTIFICATION OF DENIAL OF MEDICAL CERTIFICATE/REPORT

Cognome e Nome del Richiedente/*Applicant's Last, first name*:	Data di nascita/*Date of birth*:
Indirizzo di residenza/*Permanent address*:	
email:	tel:
Nr. di riferimento/*Reference No*:	Nr. Licenza (se posseduta)/*Licence no.(if held)*:

DATA DELLA VISITA/VALUTAZIONE MEDICA/*MEDICAL EXAMINATION/ASSESSMENT DATE*:

DINIEGO DI CERTIFICATO: **Classe 1** ☐ **Classe 2** ☐ **LAPL** ☐ **Classe 3** ☐
CLASS OF MEDICAL CERTIFICATE DENIED

DINIEGO DI RAPPORTO MEDICO ☐
MEDICAL REPORT DENIED

EASA Reg. Air Crew PART-MED PARA. N°

EASA Reg. ATCO PART-MED PARA. N°

CONDIZIONI DI ESCLUSIONE/*DISQUALIFYING CONDITIONS*:

La valutazione della sua domanda e la visita/valutazione medica eseguita alla data sopraindicata evidenziano una mancata rispondenza ai requisiti: EASA Reg. Air Crew Part-MED ☐ EASA Reg. ATCO Part-MED ☐ richiesti per il rilascio del certificato (della Classe sopra indicata)/rapporto medico a causa della(e) condizione(i) sopra riportata(e).
La sua richiesta di certificato (della Classe sopra indicata)/rapporto medico è stata pertanto rifiutata.
Se lo desidera, è per lei possibile appellarsi al giudizio medico, chiedendo che esso sia rivisto, ai sensi e secondo le modalità previste dal Regolamento ENAC, articolo 12 e/o 21, comma primo.
L'istanza di revisione deve essere presentata in forma scritta, entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione recante l'esito della visita medica, all'ENAC - Ente Nazionale Aviazione Civile - AMS Aeromedical Section, o all'indirizzo postale: Viale del Castro Pretorio, n.118, 00185 Roma o all'indirizzo di posta certificata: protocollo@pec.enac.gov.it . All'uopo è disponibile un facsimile pubblicato sul sito dell'ENAC www.enac.gov.it

Assessment of your application form and medical examination / assessment of above date reveal that you do not meet the
EASA Air Crew Reg. Part-MED ☐ EASA ATCO Reg. Part-MED ☐ *requirements referred to above for a medical certificate (Class as above)/report, because of the condition(s) stated. Accordingly your application for a medical certificate (Class as above)/report is hereby denied.*
You may, if you wish, apply to have this decision reviewed, pursuant to the conditions prescribed by article 12 and/or 21, first clause of ENAC Regulation.
The review application shall be submitted in writing to: ENAC – AMS Aeromedical Section, within 30 days from the date of the medical examination result notification, to the postal address: Viale del Castro Pretorio, n.118 - 00185 Roma or to the certified email address: protocollo@pec.enac.gov.it *. For the purpose it is available an example published on ENAC web site www.enac.gov.it*

In aggiunta a quanto sopra riportato, questa valutazione di non idoneità ai requisiti medici previsti per il rilascio del certificato (della Classe sopra indicata)/rapporto medico preclude con effetto immediato l'esercizio da parte sua delle prerogative e delle abilitazioni connesse alla licenza/attestato in oggetto (EASA-FCL.040), (ATCO.A.015), (EASA-MED.C.005).
Also, this assessment of being below the medical requirements for a medical certificate (Class as above)/report, precludes you from exercising the privileges of your licence or related ratings/attestation with immediate effect (EASA-FCL.040), (ATCO.A.015), (EASA-MED.C.005).

Data: Date:	Timbro e Firma AME: AME Stamp and Signature:	Nr. AME: AME No.:

Copia trasmessa all'AMS dello Stato ……..... in data …….. (qualora il richiedente sia in possesso di licenza o attestato rilasciato in un altro Stato).
Copy forwarded to the AMS of the State …….. on …… (if the applicant holds a license/rating issued in another State).

Mod.164 Nov. 2018