

Modulo di richiesta per il trasferimento della documentazione medica per il cambio dell'Autorità Aeronautica (NAA) responsabile (SOLI - State of Licence Issue) di una licenza o di un attestato di volo e delle relative abilitazioni e certificazioni.

ENAC
Funzione Organizzativa Medicina Aeronautica
Aeromedical Section
Viale del Castro Pretorio, n. 118 - 00185 Roma
mailto: medical.verification@enac.gov.it

Oggetto: _____
Cognome *Nome*

richiesta per il trasferimento della documentazione medica per il cambio dell'Autorità Aeronautica (NAA) responsabile (SOLI - State of Licence Issue) di una licenza o di un attestato di volo e delle relative abilitazioni e certificazioni.

II/La sottoscritto/a _____
Cognome *Nome* *Data di nascita*

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

chiede in ottemperanza della procedura prevista,

l'emissione del modello SOLI Form e la trasmissione della documentazione/informazioni mediche necessarie per il trasferimento della propria licenza o attestato di volo sotto la responsabilità dell'Autorità Aeronautica EASA _____ *indicare la NAA EASA ricevente (nuovo SOLI).*

incaricando l'AMS di ENAC di acquisire la documentazione/informazioni mediche, qualora non ne sia già in possesso, presso l'Organo sanitario che ha effettuato le visite.

Dichiara ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000:

- di non avere mai conseguito giudizi di non idoneità psicofisica al volo presso Organi medici (AME o AeMC);
- di non essere attualmente in possesso, per la stessa classe di visita, di altro certificato medico di idoneità psicofisica in corso di validità rilasciato in suo favore in un altro Paese EASA;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo n.196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Allega:

- allegati 1 e 2 del presente modulo di richiesta;
- dichiarazione di consenso al rilascio di informazioni per uso medico;
- documento di riconoscimento valido;
- certificato medico posseduto.

Data _____ Firma del richiedente _____

Allegato 1	DATI PERSONALI
------------	----------------

a. Cognome:

b. Nome:

c. Data di nascita:

d. Luogo di nascita:

e. Stato:

f. Passaporto/ID:

g. Luogo e indirizzo di residenza/domicilio:

h. Telefono/cell:

i. E-mail:

j. Tipo e Numero della Licenza di volo EASA posseduta:

k. Stato di emissione:

Allegato 2	DATI MEDICI
------------	--------------------

- a) **Classe del certificato medico posseduto (Classe 1/2/LAPL):** _____
- b) **Data della prima visita medica di conseguimento Classe 1:** _____
(se applicabile)
presso: _____
- c) eventuali limitazioni apposte sul certificato medico:

- d) **Data della prima visita medica di conseguimento Classe 2/LAPL:** _____
presso: _____
- e) eventuali limitazioni apposte sul certificato medico:

- f) **Data dell'ultima visita di rinnovo del certificato medico posseduto:**
Classe 1 _____ presso _____
Classe 2/LAPL _ _____ presso _____
- g) **Data ultimo audiogramma effettuato** _____
presso _____
- h) **Data ultimo elettrocardiogramma effettuato** _____
presso _____
- i) **Indicare eventuali patologie attuali o pregresse, traumi, interventi chirurgici subiti:**
motivo e data:

motivo e data:

Dichiarazione di consenso al rilascio di informazioni per uso medico

Ai sensi della normativa vigente in materia, con il presente atto autorizzo il Centro Aeromedico (AeMC), l'Esaminatore Aeromedico (AME), l'Aeromedical Section di ENAC e se necessario, l'AMS di un altro Stato, al rilascio delle informazioni necessarie, riconoscendo che queste od altri dati archiviati elettronicamente saranno usati per le finalità relative al trasferimento del mio fascicolo medico e dei miei dati medici per il rilascio del modello SOLI Form e diverranno e rimarranno di proprietà dell'Autorità, con possibilità per me e per il mio medico curante di potervi accedere in accordo con le leggi vigenti.

La riservatezza delle informazioni, sempre nel rispetto della normativa vigente, sarà ogni volta rispettata.

Data _____ Firma del richiedente _____