

**INFORMATIVA PER IL TRASFERIMENTO DI LICENZA DI PILOTAGGIO E
RELATIVO FASCICOLO MEDICO DA ALTRO STATO MEMBRO EASA AD ENAC**

Application for change of SOLI from an EASA member State to Italy

La domanda e la documentazione ad essa allegata, dovranno essere inviate tramite PEC a protocollo@pec.enac.gov.it indicando nell'**oggetto** "Domanda trasferimento licenza di pilotaggio e fascicolo medico in Italia da altro Stato Membro EASA" ed in copia conoscenza al seguente indirizzo e-mail: licence.verification@enac.gov.it. In alternativa, è possibile effettuare la spedizione tramite posta ordinaria a:

Direzione Personale di Volo, Viale Castro Pretorio 118 – 00185 Roma

Application documents shall be submitted via certified e-mail (PEC) to protocollo@pec.enac.gov.it, and also in copy to licence.verification@enac.gov.it.

The **subject line** shall include: *Application for transfer of pilot licence and medical records to Italy.*

Alternatively, application documents can be posted off to this address: ENAC - Direzione Personale di Volo e Medicina Aeronautica, Viale Castro Pretorio 118 - 00185 Roma.

**ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA
REQUIRED DOCUMENT LIST**

- A. Copia completa della licenza.** *(Full copy of the licence held)*
- B. Copia del certificato medico in corso di validità.** *(Copy of a current medical certificate pertaining to the Part-FCL licence)*
- C. Copia libretto di volo (parti rilevanti).** *(Copy of the relevant pages of pilot's logbook)*
- D. Copia di un documento di identità valido.** Se si allega la copia della CIE (carta di identità elettronica) si prega di ignorare il punto J della pagina seguente. In caso di passaporto si prega di allegare solamente la pagina recante foto e numero. *(Copy of an ID . In case of passport, please submit only the page with photo and number)*

- E. **Copia del più recente verbale di *proficiency check* sostenuto (LPC).** *(If applicable, a copy of the report of the last TR Proficiency Check)*
- F. Copia della ricevuta emessa automaticamente a seguito del pagamento per diritti, pari a euro 283,00. Questo versamento tariffario, comprensivo di due bolli virtuali da 16 euro, **deve essere effettuato sull'apposito portale,** selezionando la seguente voce **"R39A-1 -Diritti per il rilascio di licenze del personale navigante"**. *(A copy of the invoice issued upon payment of € 283,00, which includes stamp duties. Such payment shall be made on the relevant platform. The reference to be chosen is "R39A-1-Diritti per il rilascio di licenze del personale navigante".)*
- G. **Modulo** di richiesta per il trasferimento dei dati medici (si prega di fare clic sul link in blu) – **Application form** *for transfer of medical records* *(please click on the blue link);*
- H. **Modulo** di autodichiarazione dati personali (si prega di fare clic sul link in blu) - Form **"Medical in confidence"** *(please click on the blue link) ;*
- I. Il presente **modulo** – comprensivo di tutte le sette pagine - debitamente compilato e firmato. *(This application form, which consists of seven pages, including the pages provided below)*
- J. Copia di un documento in corso di validità recante il **codice fiscale** del richiedente [carta d'identità elettronica fronte retro **oppure** tessera sanitaria] *(Copy of a valid document bearing the **tax ID number** of the applicant).*
- K. Laddove possibile, si prega di trasmettere la documentazione in un unico file pdf. *(Please submit application documents in a single pdf file, if applicable)*

Sez. 1

DETTAGLI PERSONALI *Personal Information*

- a. Cognome *last name*: _____
- b. Nome *given name*: _____
- c. Data di nascita *date of birth*: _____
- d. Luogo di nascita (indicare i nomi della città e dello Stato) *place of birth (shall include the name of the State of birth)*: _____
- e. Numero del documento di identità allegato *number of ID enclosed to the application*: _____
- f. Residenza/domicilio *normal residence address* _____

- g. Telefono/cell *phone/mobile*: _____
- h. E-mail ordinaria (non PEC) (*non-PEC email address*) _____
- i. Codice fiscale (*Italian Tax identification number*):

Sez. 2	DETTAGLI DELLA LICENZA E ABILITAZIONI <i>Information on licence and ratings</i>
---------------	---

- a) Tipo di licenza posseduta: _____
Type of licence held
- b) Numero: _____
licence number
- c) Stato di emissione: _____
state of issue

Abilitazioni per classe:
Class ratings

SEP (land)	Data di scadenza <i>expiry date</i>	
MEP (land)	Data di scadenza: <i>expiry date</i>	
Altre abilitazioni per classe (specificare): <i>other ratings</i> <i>specify:</i>	Data di scadenza: <i>expiry date</i>	Tipo: <i>Type</i>
	Data di scadenza: <i>expiry date</i>	Tipo: <i>Type</i>
	Data di scadenza: <i>expiry date</i>	Tipo: <i>Type</i>
	Data di scadenza: <i>expiry date</i>	Tipo: <i>Type</i>

Abilitazioni per Tipo: Single-Pilot Aeroplano o Elicottero (SPA-SPH):
Single-Pilot Aeroplane or Helicopter Type Ratings

S P A	Tipo <i>Type</i> :	Data di scadenza: <i>expiry date</i>
S P H	Tipo <i>Type</i> :	Data di scadenza: <i>expiry date</i>

Abilitazioni per Tipo: Multi-Pilot Aeroplano o Elicottero (MPA-MPH):
Multi-Pilot Aeroplane or Helicopter Type Ratings

M P A	Tipo <i>Type</i> :	Data di scadenza: <i>expiry date</i>
M P H	Tipo <i>Type</i> :	Data di scadenza: <i>expiry date</i>

Abilitazioni Strumentali (IR):
Instrument Ratings

SE-SPA	Data di scadenza: <i>expiry date</i>
ME-SPA	Data di scadenza: <i>expiry date</i>
ME-MPA	Data di scadenza: <i>expiry date</i>
SPH	Data di scadenza: <i>expiry date</i>
MPH	Data di scadenza: <i>expiry date</i>

Abilitazioni/Certificati Istruttore(Class/Type):
Instructor Ratings/Certificates (*circle as applicable*)

FI – IRI – CRI – TRI – SFI – STI – MCCI – MI – FTI:	Data di scadenza (<i>exp. Date</i>)

Sez. 3

DETTAGLI CERTIFICATO MEDICO
Medical Certificate Information

Data di rilascio del certificato medico allegato all'istanza:

Date of issue of the medical certificate enclosed to this application

Stato di emissione: _____

State of issue

Luogo (in cui è stata effettuata la visita medica finalizzata al rilascio del certificato medico):

Place where the medical examination has been taken

Classe del Certificato medico (1, 2 or LAPL):

Class of certificate issued

Eventuali limitazioni (se assenti si prega di scrivere "Nessuna").

Certificate limitations (if no limitations are shown on the medical certificate please write "None")

**Spett. ENAC
Dir. Personale di Volo e Medicina Aeronautica
Viale Castro Pretorio, 118
00185 ROMA**

Application

I, the undersigned, _____, being the holder of a Part FCL Licence as described in section 2 of this form, and not being the holder of another Part FCL licence issued by the competent authority of any other Member State, hereby **apply** for transfer of State of licence issue to Italy.

I hereby declare that I am not /have not been subject to any past or pending enforcement action in any State (*Dichiara, inoltre, di non essere soggetto ad azioni restrittive, passate o in corso, in qualsiasi Stato nei confronti della propria Licenza.*)

I declare that:

- I have not applied for any personnel licence, certificate, rating, authorisation or attestation with the same scope and in the same category in another EASA Member State.
- I have never held any personnel licence, certificate, rating, authorisation or attestation with the same scope and in the same category issued in another EASA Member State which was revoked or suspended in any other EASA Member State

I am aware that providing incorrect information on this form can disqualify me from being granted a licence, certificate, rating, authorisation or attestation.

Il sottoscritto dichiara:

- di non essere in possesso (oltre alla licenza che chiede di trasferire) e/o di non aver fatto domanda per ottenere, sulla stessa categoria di aeromobile, una equivalente licenza, abilitazione, autorizzazione o certificato presso l'Autorità competente di un altro Stato Membro EASA;
- di non aver mai posseduto, sulla stessa categoria di aeromobile, una licenza, abilitazione, autorizzazione o certificato equivalente che sia stato sospeso o revocato dall'Autorità competente di un altro Stato Membro EASA.

Dichiara altresì di essere a conoscenza che ogni informazione non corretta fornita nel presente modulo, può essere motivo di negato rilascio di licenza, abilitazione, certificato o attestato.

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiara, inoltre, sotto la sua personale responsabilità, che quanto sopra corrisponde al vero (art. 76 D.P.R. n.445/2000). Ai sensi del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679, il sottoscritto esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali.

I am fully aware of responsibilities and criminal penalties provided for by law in case of false claims, and I hereby affirm that the details given above are true and correct (Decree of the President of the Republic No.445/2000, art. 76). In accordance with the Italian Law - Legislative Decree no.101/2018 - and with art.13 of EU Regulation no. 2016/679, I consent to the use of my personal information.

Date _____

Signature _____