

Modulo di richiesta per il trasferimento dei dati medici e del fascicolo medico per il cambio dell'Autorità Aeronautica (NAA) responsabile (SOLI - State of Licence Issue) di una licenza o di un attestato aeronautico e delle relative abilitazioni e certificazioni.

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

Il/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,

in ottemperanza alla procedura prevista, chiede

l'attivazione della procedura di cambio SOLI e la trasmissione di documentazione/informazioni mediche necessarie per il trasferimento della propria licenza o attestato aeronautico

dall'Autorità Aeronautica EASA _____ *indicare lo Stato di rilascio della licenza posseduta- SOLI)*

all'Autorità Aeronautica EASA

_____ *indicare lo Stato ricevente (nuovo SOLI).*

incaricando l'AMS di ENAC ad acquisire 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:

- che i dati riportati nei moduli di richiesta allegati sono veri e corretti;
- di avere/non avere mai conseguito giudizi di non idoneità psicofisica al volo da parte degli Organi medici certificati (AME o AeMC);
- di non essere attualmente in possesso, per la stessa classe di visita che si intende trasferire (Classe 1/2/3 e LAPL), di più di un certificato medico di idoneità psicofisica in corso di validità, rilasciato in suo favore in un altro Paese EASA;
- di essere informato che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela dei dati personali.

Allega:

- allegati 1 e 2 del presente modulo di richiesta;
- dichiarazione di consenso al rilascio di informazioni per uso medico;
- Form for the transfer of medical records
- 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. Cittadinanza:

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 e che si chiede di trasferire
(Classe 1/2/3 LAPL): _____

b) Data della prima visita medica (Initial) della Classe del certificato che si
chiede di trasferire: _____

effettuata presso l'AME o il Centro aeromedico di seguito indicato:

c) eventuali limitazioni apposte sul certificato medico:

d) Data dell'ultima visita di rinnovo/riconvalida del certificato medico
posseduto e che si intende trasferire: _____

Classe (1/2/3/LAPL) _____

effettuata presso l'AME o il Centro aeromedico di seguito indicato:

e) Data dell'ultimo audiogramma e dell'ultimo elettrocardiogramma effettuati
presso _____

f) 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 per le finalità relative al trasferimento della mia documentazione medica e dei miei dati medici e per il rilascio del modello SOLI Form, consapevole che i dati personali e particolari da me forniti ai fini della presente procedura, 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 norme vigenti.

La riservatezza delle informazioni è garantita dal rispetto della normativa vigente in materia di trattamento e tutela dei dati personali.

Data _____ Firma del richiedente _____