“Dövlət Mülki Aviasiya Agentliyi” publik hüquqi şəxsin 01.10.2026 tarixli, 3-27-102/3-2-63/2026 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmişdir.

# AVİASİYA TİBB EKSPERTİ (ATE) SERTİFİKATININ VERİLMƏSİ, SƏLAHİYYƏTLƏRİNİN GENİŞLƏNDİRİLMƏSİ VƏ MÜDDƏTİNİN UZADILMASI ÜZRƏ ƏRİZƏ FORMASI

## 1. ƏRİZƏÇİNİN MƏLUMATLARI

| | | |
|---|---|---|
| **1.1 Adı:** | **1.2 Soyadı:** | **1.3 Ata adı** (tətbiq olunarsa)**:** |
| **1.4 Doğum tarixi:** | **1.5 Elektron poçt:** | **1.6 Mobil nömrə:** |
| **1.7 Yaşadığı ünvan:** | | |

## 2. TİBB TƏHSİLİ

| | |
|---|---|
| **2.1 Əsas baza ali tibb təhsili:** | **2.2 İnternatura / rezidentura:** |

## 3. TİBB FƏALİYYƏTİ

| | | |
|---|---|---|
| **3.1 Praktik tibb fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququnu təsdiq edən sertifikasiya şəhadətnaməsinin nömrəsi:** | **3.2 Şəhadətnamənin verilmə tarixi:** | **3.3 Şəhadətnamənin etibarlılıq müddətinin bitmə tarixi:** |
| **3.4 İxtisas:** | **3.5 Elmi dərəcəsi** (olduqda)**:** | **3.6 İxtisas üzrə iş təcrübəsi:**<br>Əsas: ……, Digər:…… il |
| **3.7 Cari vəzifə:** | **3.8 Cari iş yeri:** | **3.9 Cari işə qəbul tarixi:** |

## 4. MÜRACİƏTİN MƏQSƏDİ

Bəyan edirəm ki, bu formanı doldurarkən verdiyim məlumatlar doğru və tamdır. Yanlış, qeyri-dəqiq, habelə saxta məlumat və sənədlərin təqdim edilməsinin müraciətə baxılmasından imtinaya və ya müraciətə baxılmanın nəticəsi barədə qərarın ləğv edilməsinə səbəb olacağına dair xəbərdar edilmişəm və

☐ **ATE sertifikatının verilməsi**

☐ **ATE sertifikatının müddətinin üzadılması**

☐ **ATE səlahiyyətlərinin genişləndirilməsi**

üçün müracət edirəm.

**Ərizəçinin imzası**: ..... **Tarix**: …….....

## 5. AVİASİYA TİBB TƏLİMLƏRİ

| | |
|---|---|
| **5.1 Aviasiya üzrə tibb sahəsində baza təliminin əldə edildiyi təlim mərkəzi:** | **Tarix:** |
| **5.2 Aviasiya üzrə tibb sahəsində təkmilləşdirmə təliminin əldə edildiyi təlim mərkəzi:** | **Tarix:** |
| **5.3 Aviasiya üzrə tibb sahəsində yeniləmə təliminin əldə edildiyi təlim mərkəzi:** | **Tarix:** |
| **5.4 Şəhadətnamə və ixtisas qeydləri sahiblərinin iş şəraiti ilə tanışlığın keçirildiyi yer:** | **Tarix:** |
| **5.5 Aviasiya üzrə tibb sahəsində seminar, konqreslər, kurslar, görüşlər və s.** | **Tarix** |
| **1.** | |
| **2.** | |
| **3.** | |
| **4.** | |
| **5.** | |

# AVİASİYA TİBB EKSPERTİ (ATE) SERTİFİKATININ VERİLMƏSİ, SƏLAHİYYƏTLƏRİNİN GENİŞLƏNDİRİLMƏSİ VƏ MÜDDƏTİNİN UZADILMASI ÜZRƏ ƏRİZƏ FORMASI

| **Ərizəçinin tam adı**: | **Doğum tarixi**: |
|---|---|
| | |

| **5.6 ATE olduğu təqdirdə aviasiya-tibbi qiymətləndirmələrin sayı (son 3 il):** | ..... | ..... | ..... |
|---|---|---|---|
| **Sinif 1** | | | |
| **Sinif 2** | | | |
| **Sinif 3** | | | |
| **Kabinə heyəti** | | | |
| **Digərləri (müəyyən edin)** | | | |

## 6. TİBB MÜƏSSİSƏSİ

| **6.1 Adı:** | **6.2 Lisenziya nömrəsi:** |
|---|---|
| **6.3 Ünvanı:** | |

**6.4 Tibb müəssisəsi Aviasiya Tibb Mərkəzi (ATM) qismində sertifikatlaşdırılıb.**

☐ **Xeyr** ☐ **Bəli**, ATM sertifikatının nömrəsi: .....

## 7. TİBB İŞÇİLƏRİ

| № | İxtisas | Adı Soyadı Ata adı | Doğum tarixi | Sertifikasiya şəhadətnaməsinin etibarlılıq müddəti | ATE və ya mütəxəssis-konsultant (M) |
|---|---|---|---|---|---|
| **7.1** | həkim-terapevt | | | | ☐ **ATE/M** ☐ |
| **7.2** | həkim-oftalmoloq | | | | ☐ **ATE/M** ☐ |
| **7.3** | həkim-otorinolarinqoloq | | | | ☐ **ATE/M** ☐ |
| **7.4** | həkim-nevropatoloq | | | | ☐ **ATE/M** ☐ |
| **7.5** | həkim-psixiatr | | | | ☐ **ATE/M** ☐ |
| **7.6** | həkim-travmatoloq | | | | ☐ **ATE/M** ☐ |
| **7.7** | həkim-kardioloq | | | | ☐ **ATE/M** ☐ |
| **7.8** | klinik psixoloq | | | | ☐ **ATE/M** ☐ |

## 8. TİBBİ və TEXNİKİ AVADANLIQLAR

| № | İxtisaslar | Müayinələr və / və ya fəaliyyətlər | Mövcud avadanlıq |
|---|---|---|---|
| **8.1** | Bütün ixtisaslar | ümumi tibb fəaliyyəti | |
| **8.2** | Kardiologiya | 12-aparmada sakitlik EKQ; | |
| | | fiziki yükləmə ilə EKQ | |
| | | 24 saat ərzində qan təzyiqinin monitorinqi | |
| | | 24 saat ərzində ürək ritminin monitorinqi | |
| | | EXO-KQ | |
| **8.3** | Oftalmologiya | yaxın, orta və uzaq məsafəyə görmə itiliyi; | |
| | | gözün ön hissəsi, anatomiya, orta hissəsi və fundoskopiya | |

**Ərizəçinin tam adı**: **Doğum tarixi**:

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | göz almasının hərəkətliliyi | |
| | | binokulyar görmə | |
| | | rəngli görmə (anomaloskopiya və ya bənzəri) | |
| | | görmə sahələri | |
| | | refraksiya | |
| | | heteroforiya | |
| **8.4** | Otorinolarinqologiiya | ağız boşluğunun və boğazın kliniki müayinəsi | |
| | | otoskopiya | |
| | | rinoskopiya | |
| | | timpanometriya və ya bənzəri | |
| | | vestibulyar sistemin klinik qiymətləndirilməsi | |
| | | saf səs audiometrriyası | |
| **8.5** | Tənəffüs sistemi | spirometriya | |
| **8.6** | Nevrologiya | EEQ | |
| **8.7** | Şüa diaqnostikası | rentgenoqrafiya, USM | |
| **8.8** | Laboratoriya | klinik, klinik-biokimyəvi | |

## 9. AVİASİYA TİBB EKSPERTİNİN BƏYANNAMƏSİ

Mən bununla bəyan edirəm ki

1. Praktiki tibb fəaliyyəti ilə məşğul olmaq hüququna malikəm və hər hansı dövlət qurumu tərəfindən praktiki tibb fəaliyyətim məhdudlaşdırılmayıb.
2. Azərbaycan Respublikasının normativ hüquqi aktlarına və Dövlət Mülki Aviasiya Agentliyinin (bundan sonra - Agentlik) müəyyən etdiyi tələblərə, habelə tətbiq olunan beynəlxalq standart və tələblərə, aviasiya sahəsinə dair qayda, təlimat və prosedurlara riayət edəcəyəm.
3. Aviasiya personalının aviasiya-tibbi müayinəsi, aviasiya-tibbi qiymətləndirilməsi və tibbi sertifikatlaşdırılması ilə bağlı müəyyən edilmiş qayda və tələblərlə tanış olduğumu və onlara əməl edəcəyimi təsdiq edirəm.
4. Aviasiya Tibb Eksperti (bundan sonra - ATE) sertifikatı üzərində hər hansı formada düzəliş aparmayacağam və sertifikatı başqa şəxsə verməyəcəyəm.
5. Aviasiya-tibbi müayinələri müəyyən edilmiş iş ünvanında şəxsən həyata keçirəcəyəm. Müayinələrin ixtisaslaşdırılmış hissələrinin digər həkimlər tərəfindən mənim nəzarətim altında aparılmasına yol verə bilərəm. Agentliyə təqdim edilən hesabatları imzalayacaq, onların düzgünlüyünü və tamlığını təsdiq edəcək və buna görə məsuliyyət daşıyacağam.
6. Aviasiya-tibbi müayinələrin aparılması və həkim sirrinin qorunması üçün tələb olunan müvafiq şəraitə, sənədlərə və avadanlıqlara malik olduğumu təsdiq edirəm.
7. Peşəkar sərişləmi qorumaq və inkişaf etdirmək məqsədilə aviasiya təbabəti sahəsindəki yenilikləri izləyəcək, tələb olunan təlim və ixtisasartırma tədbirlərində iştirak edəcəyəm.
8. ATE kimi səlahiyyətlərimə təsir göstərə biləcək dəyişikliklər, o cümlədən inzibati xəta və ya cinayət işi başlanması, əmək qabiliyyətimin itirilməsi və ya məhdudlaşdırılması, təqdim edilmiş sənədlərdə və ya iş ünvanımda dəyişikliklər, habelə ATE sertifikatının verilməsi tələblərinə uyğunluğumun dəyişməsi barədə Agentliyə gecikmədən məlumat verəcəyəm.
9. ATE sertifikatım ləğv edildikdə, sertifikatın əslini ləğv edildiyi gündən 3 (üç) gün müddətində Agentliyə qaytaracağam.

**Ərizəçinin adı soyadı**: ..... **imzası**: ..... **tarix**: .....

# AVİASİYA TİBB EKSPERTİ (ATE) SERTİFİKATININ VERİLMƏSİ, SƏLAHİYYƏTLƏRİNİN GENİŞLƏNDİRİLMƏSİ VƏ MÜDDƏTİNİN UZADILMASI ÜZRƏ ƏRİZƏ FORMASI

| **Ərizəçinin tam adı**: | **Doğum tarixi**: |
|---|---|
| | |

## 10. ƏRİZƏYƏ ƏLAVƏ EDİLMƏLİ SƏNƏDLƏR

Müraciət zamanı ərizəyə aşağıdakı sənədlər əlavə edilməlidir:

- ☐ 10.1 Şəxsiyyət vəsiqəsinin surəti
- ☐ 10.2 Diplomun surəti
- ☐ 10.3 İnternatura vəsiqəsinin və ya rezidentura keçməsi haqqında sənədin surəti
- ☐ 10.4 Sertifikasiya şəhadətnaməsinin surəti
- ☐ 10.5 Elmi dərəcəsi (olduqda) və ya tibb sahəsində qazandığı nailiyyətlərə dair sənədin surəti
- ☐ 10.6 Aviasiya personalının qəbulunun həyata keçirilməsinə dair ış yerindən verilmiş razılıq
- ☐ 10.7 İxtisas üzrə iş stajını təsdiq edən sənəd
- ☐ 10.8 Aviasiya personalının tibbi müayinələrinin keçiriləcəyi tibb müəssisəsinin lisenziyasının surəti
- ☐ 10.9 Aviasiya tibb sahəsində baza təlimi keçməsi haqqında sənədin surəti
- ☐ 10.10 Aviasiya tibb sahəsində təkmilləşdirmə təlimi keçməsi haqqında sənədin surəti
- ☐ 10.11 Aviasiya tibb sahəsində yeniləmə təlimi keçməsi haqqında sənədin surəti
- ☐ 10.12 Aviasiya tibb sahəsində keçirilmiş seminar, konqreslər, kurslar görüşlər və s. tədbirlərdə iştirakı haqqında sənədlərin surəti
- ☐ 10.13 Şəhadətnamə və ixtisas qeydləri sahiblərinin iş şəraiti ilə tanışlığı haqqında sənədin surəti
- ☐ 10.14 “Dövlət rüsumu haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanunu ilə müəyyən edilmiş məbləğdə dövlət rüsumunun və “Aviasiya haqqında” Azərbaycan Respublikasının Qanununun 9.2-ci maddəsinə uyğun olaraq müəyyən edilmiş məbləğdə xidmət haqqının ödənilməsini təsdiq edən sənədlər.

**Qeydlər:**

1) Ərizə forması üzərində düzəlişlərin aparılmasına yol verilmir. Qaralama və ya dəyişiklik izləri müəyyən edildikdə müraciət icraata qəbul olunmadan geri qaytarılacaqdır;
2) Müraciətin icraatı ilə bağlı prosedur DMAA-nın 2025-ci il 31 oktyabr tarixli 3-27-102/3-02-22/2025 nömrəli əmri ilə təsdiq edilmiş “Aviasiya personalına şəhadətnamə, ixtisas qeydi, vəsiqə, sertifikat və ya digər əlaqəli sənədlərin verilməsi və digər dövlətdə verilmiş analoji sənədlərin tanınması ilə bağlı müraciətlərə baxılmasına dair Təlimat”a uyğun olaraq aparılır.

## 11. UYĞUNLUĞUN YOXLANILMASI (DMAA-nın istifadəsi üçün)

☐ ərizəçi müəyyən edilmiş tələblərə cavab verdiyi üçün aviasiya tbb eksperti (ATE) qismidə sertifikatlaşdırıla bilər.

**Sinif 2:** ☐ **Bəli / Xeyr** ☐ **Kabinə heyəti:** ☐ **Bəli / Xeyr** ☐

☐ ATE Sinif 2 tibbi sertifikat üçün qiymətləndirmə səlahiyyətinə malikdir və müəyyən edilmiş tələblərə cavab verdiyi üçün əlavə səlahiyyətlər verilə bilər.

**Sinif 1:** ☐ **Bəli / Xeyr** ☐ **Sinif 3:** ☐ **Bəli / Xeyr** ☐

☐ ATE müəyyən edilmiş tələblərə cavab verdiyi üçün avisaiya tibb eksperti sertifikatının müddəti uzadıla bilər.

☐ ATE sertifikatı verilə bilməz.

| Tibbi sertifikatlar | İlkin verilmə | Müddətin uzadılması |
|---|---|---|
| Sinif 1 | ☐ **B / X** ☐ | ☐ **B / X** ☐ |
| Sinif 2 | ☐ **B / X** ☐ | ☐ **B / X** ☐ |
| Sinif 3 | ☐ **B / X** ☐ | ☐ **B / X** ☐ |
| Kabinə heyəti | ☐ **B / X** ☐ | ☐ **B / X** ☐ |

***B** – bəli, **X** – xeyr*

**Yeni etibarlılıq müddətinin bitmə tarixi:**

.....

**Qeydlər**:

**Agentliyin Tibb Eksperti**: ..... **imza**: ..... **tarix**: .....