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

TİBBİ SERTİFİKATIN ALINMASI ÜÇÜN ƏRİZƏ FORMASI
APPLICATION FORM FOR A MEDICAL CERTIFICATE

Bu səhifəni tam və çap hərflərlə doldurun - Tamamlamaq üçün təlimatlara baxın.
Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions for completion.

TIBBİ MƏXFİ
MEDICAL IN CONFIDENCE

(1) Şəhadətnaməni verən ölkə/ *State of licence issue*:

(2) Müraciət olunan tibbi sertifikat sinifi/ *Medical certificate class applied for*:
☐ **1** ☐ **2** ☐ **3**

(3) Soyadı/ *Surname*:

(4) Əvvəlki soyadı/ *Previous surname(s)*:

(12) Müraciət/ *Application*:
☐ Uzadılma / Revalidation ☐ İlkin / Initial
☐ Yeniləmə / Renewal ☐ Digər / Other

(5) Adı, ata adı/ *Forename(s)*:

(6) Doğum tarixi (gün/ay/il)/ *Date of birth (dd/mm/yyyy)*:

(7) Cinsi/ *Sex*
☐ Kişi / Male
☐ Qadın / Female

(13) FİN ya pasport nömrəsi/ İD or passport number:

(8) Doğulduğu yer/ *Place of birth*:

(9) Vətəndaşlıq/ *Nationality*:

(14) Müraciət olunan şəhadətnamə növü/ *Type of licence applied for:*

(10) Daimi ünvan (qeydiyyat ünvanı)/ *Permanent address:*

Tel:

E-mail:

(11) Yaşadığınız ünvan (fərqli olduğu təqdirdə)/ *Postal address (if different):*

Tel:

E-mail:

(15) Vəzifəsi (əsas)/ *Occupation (principal)*:

(16) İşəgötürən/ *Employer:*

(17) Tibbi sertifikat üçün son müraciət/
Last application for a medical certificate:
Tarix/ *Date:*
Yer/ *Place:*

(18) Mövcud aviasiya şəhadətnaməsi (növü)/
Aviation licence(s) held (type):
Şəhadətnamənin No/ l*icence number:*
Verən ölkə/ *State of İssue:*

(19) Şəhadətnamə/tibbi sertifikat üzərində məhdudiyyət/ *Any limitations on licence(s)/ medical certificate held:*
☐ Xeyr / No ☐ Bəli / Yes
Təfərrüatlar/ Details:

(20) Nə vaxtsa hərhansı şəhadətnamə verən orqan sizə tibbi sertifikatı verməkdən İmtina edib, tibbi sertifikatın qüvvəsini dayandırıb və ya ləğv edib? / *Have you ever had an aviation medical certificate denied, suspended or revoke by any licensing authority?*
☐ Xeyr / No ☐ Bəli / Yes
Tarix/ *Date:* Ölkə/ *Place:*
Təfərrüatlar/ *Details:*

(21) Ümumi uçuş saatı/
Flight time total:

(22) Son aviasiya-tibbi müayinəsindən sonrakı uçuş saatı/ *Flight time since last medical:*

(23) Hansı tip təyyarədə uçursunuz/ *Aircraft class / type(s) Presently flown:*

(24) Sonuncu aviasiya-tibbi müayinəsindən sonra baş vermiş hər hansı aviasiya qəzası və ya qeydə alınmış insidenti olmuşdurmu?/*Any aviation accident or reported İncident since last medical examination?*
☐ Xeyr / No ☐ Bəli / Yes
Tarix/ *Date:* Yer/ *Place:*
Təfərrüatlar/ *Details:*

(25) Cari/nəzərdə tutulan uçuş fəaliyyəti/ *Current/intended pilot activity:*

(26) Cari/nəzərdə tutulan HHİ fəaliyyəti/ Current/intended ATC activity:

(27) Spirli içki qəbul edirsinizmi? Əgər belədirsə, orta həftəlik miqdarı göstərin / *Do you drink alcohol - If yes, state average weekly intake in units:*
☐ Xeyr / No ☐ Bəli, miqdarı / Yes, amount .....

(29) Tütün çəkirsinizmi?/ *Do You smoke tobacco?*
☐ Xeyr - heç vaxt / No - never
☐ Xeyr - Nə vaxtdan çəkmirsiz/ No, stopped date .....
☐ Bəli - növü, miqdarı və müddət / Yes - type, amount and number of years:

(28) Hal-hazırda hər hansı dərman vasitəsindən istifadə edirsiniz?/ *Do you currently use any medication?*
☐ Xeyr / No
☐ Bəli, dərman, miqdar, başladığınız tarix, səbəb / Yes, state medication, dose, date started and why:

Ərizəçinin tam adı / *Applicant full name*: **Doğum tarixi** / *Date of birth*:

Ümumi ve Tıbbi Anamnez: Sizdə aşağıdakı vəziyyətlərdən hər hansı mövcuddurmu və ya olubmu? Hər sual üçün Bəli və ya Xeyr işarəsi qoyulmalıdır. HƏ cavablarını (30)-cu şərh bölməsində izah edin.

General and Medical History: *Do you have, or have you ever had, any of the following? YES or NO must be ticked after each question. Elaborate YES answers in the remarks section (30)*

	Bəli Yes	Xeyr No		Bəli Yes	Xeyr No		Bəli Yes	Xeyr No	**Aile Anamnezi / Family History of:**	Bəli Yes	Xeyr No
101 Göz xəstəliyi/ göz əməliyyatı/ Eye trouble/ eye operation	☐	☐	**112** Burun, boğaz və ya nitq pozuntuları/ Nose, throat or speech disorder	☐	☐	**123** Malariya və ya digər tropik xəstəliklər/ Malaria or other tropical disease	☐	☐	**170** Ürək xəstəliyi/ Heart disease	☐	☐
102 Nə vaxtsa eynək/kontakt linzalar istifadə etmisinizmi?/ Spectacles and/ or contact lenses ever worn	☐	☐	**113** Kəllə-beyin travması və ya beyin silkələnməsi/ Head injury or concussion	☐	☐	**124** Pozitiv İİV testi/ A positive HIV test	☐	☐	**171** Yüksək arterial təzyiq / High blood pressure	☐	☐
			114 Tez-tez və ya şiddətli baş ağrıları/ Frequent or severe headaches	☐	☐	**125** Cinsi yolla keçən xəstəliklər/ Sexually transmitted disease	☐	☐	**172** Yüksək xolesterol/ High cholesterol level	☐	☐
103 Son aviasiya-tibbi müayinəsindən sonra tövsiyə olunan eynək/ kontakt linzalarda dəyişikliklər/ Spectacle contact lens prescriptions change since last medical examination	☐	☐	**115** Baş gicəllənməsi və ya bayılma/ Dizziness or fainting spells	☐	☐	**126** Yuxu pozuntusu, apnoe sindromu/ Sleep disorder, apnoea syndrome	☐	☐	**173** Epilepsiya/ Epilepsy	☐	☐
			116 Hər hansı səbəbdən huşun itməsi/ Unconsciousness for any reason	☐	☐	**127** Dayaq-hərəkət sistemi xəstəlikləri/ Musculoskeletal illness/impairment	☐	☐	**174** Psixi xəstəlik və ya intihar/ Mental illness or suicide	☐	☐
104 Allergik rinokonyuktivit, diğer allergiyalar/ Hay fever, other allergy	☐	☐	**117** Nevroloji pozuntular; insult, epilepsiya, qıcolma, iflic və s./ Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc.	☐	☐	**128** Hər hansı digər xəstəlik və ya xəsarət/ Any other illness or injury	☐	☐	**175** Şəkərli diabet/ Diabetes	☐	☐
105 Astma, ağciyər xəstəlikləri/ Asthma, lung disease	☐	☐				**129 X**əstəxanaya yerləşdirmə/ Admission to hospital	☐	☐	**176** Vərəm/ Tuberculosis	☐	☐
106 Ürək və ya damar problemi/ Heart or vascular trouble	☐	☐	**118** Hər növ psixoloji/psixiatrik pozuntular/ Psychological/psychiatric trouble of any sort	☐	☐	**130** Son aviasiya-tibbi müayinəsindən sonra həkimə müraciət/ Visit to medical practitioner since last medical examination	☐	☐	**177** Allergiya, astma, ekzema/ Allergy, asthma, eczema	☐	☐
107 Yüksək və ya aşağı arterial təzyiq/ High or low blood pressure	☐	☐							**178** İrsi xəstəliklər/ Inherited disorders	☐	☐
108 Böyrək daşı və ya sidikdə qan / Kidney stone or blood in urine	☐	☐	**119** Alkoqolizm/narkotik maddə istifadəsi/ Alcohol/drug/substance abuse	☐	☐	**131** Həyat sığortasından imtina/ Refusal of life insurance	☐	☐	**179** Glaukoma/ Glaucoma	☐	☐
109 Şəkərli diabet, hormonal xəstəliklər/ Diabetes, hormone disorder	☐	☐	**120** İntihar cəhdi və ya özünə zərər vermə/ Attempted suicide or self-harm	☐	☐	**132** Şəhadətnamədən imtina/ Refusal of flying licence	☐	☐	**Yalnız Qadınlar/ Females only:**	Bəli Yes	Xeyr No
110 Mədə, qaraciyər və ya bağırsaq pozuntuları/ Stomach, liver or intestinal trouble	☐	☐	**121** Müalicə tələb edən hərəkət xəstəliyi/ Motion sickness requiring medication	☐	☐	**133** Tibbi göstəricilərə görə hərbi xidmətdən imtina/ Medical rejection from or for military service	☐	☐	**150** Ginekoloji və ya menstrual problemlər/ Gynaecological, menstrual problems	☐	☐
111 Eşitmə problemi və ya digər qulaq xəstəlikləri/ Deafness, ear disorder	☐	☐	**122** Anemiya Oraq hüceyrə və ya digər qan xəstəlikləri/ Anaemia. sickle cell trait or other blood disorders	☐	☐	**134** Yaralanma və ya xəstəlik səbəbindən təzminat verilməsi/ Award of pension or compensation for injury or illness	☐	☐	**151** Hamiləsiniz?/ Are you pregnant?	☐	☐

(30) Qeyd, Remarks:

(31) BƏYANNAMƏ: Bununla təsdiq edirəm ki, yuxarıda göstərilən məlumatları diqqətlə nəzərdən keçirmişəm və onların tam, düzgün və həqiqətə uyğun olduğuna inanıram. Heç bir müvafiq məlumatı gizlətməmiş və ya yanlış fikir söyləməmişəm. Mən həmçinin anlayıram ki, bu ərizə ilə bağlı hər hansı yanlış və ya çaşdırıcı məlumat təqdim etdiyim və ya tələb olunan tibbi məlumatları açıqlamadığım halda, DMAA tibbi sertifikatın verilməsindən imtina edə və ya verilmiş tibbi sertifikatı milli qanunvericiliyə uyğun olaraq müvafiq tədbirlər görülməklə ləğv edə bilər.

DECLERATION: *I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.*

TİBBİ MƏLUMATLARIN AÇIQLANMASINA RAZILIQ: Mən, bu hesabatın və ona əlavə edilən bütün məlumatların ATE və zərurət yarandıqda DMAA-nın tibbi eksperti və digər aidiyyatı tibb mütəxəssisləri tərəfindən aviasiya-tibbi qiymətləndirmənin tamamlanması məqsədilə təqdim edilməsinə icazə verirəm. Bu məlumatların və ya elektron şəkildə saxlanılan sənədlərin tibbi qiymətləndirmənin tamamlanması üçün istifadə olunacağını və milli qanunvericiliyə uyğun olaraq, mənim və ya şəxsi həkimimin onlara çıxış hüququ təmin edilməklə, DMAA-nın mülkiyyətinə çevriləcəyini qəbul edirəm. Tibbi məxfilik prinsiplərinə hər zaman əməl edilməlidir.

CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: *I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the SCAA and to relevant medical professionals for the purpose of completion of an aero-medical assessment or a secondary review, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality üill be respected at all times.*

Tarix / *Date* Ərizəçinin imzası / *Signature of Applican*t ATE-nin adı, soyadı, imzası / Name, surname, s*ignature of AME:*

Tibbi sertifikatın alınması üçün ərizə formasının doldurulması üzrə təlimat

Bu ərizə forması və ona əlavə edilmiş hesabat formaları Dövlət Mülki Aviasiya Agentliyinə (DMAA) təqdim edilir. Tibbi məxfilik qorunmalıdır. Ərizəçi ərizə formasında tələb olunan bütün məlumatları şəxsən, tam və düzgün şəkildə təqdim etməlidir. Məlumatlar aydın və oxunaqlı şəkildə, çap hərfləri ilə qələm vasitəsilə və ya electron qaydada doldurula bilər. Formanın hər hansı bölməsində məlumatların qeyd edilməsi üçün yer kifayət etmədikdə, ərizəçinin adı, imzası və tarixi göstərilməklə əlavə vərəqdən istifadə edilməlidir. Aşağıda nömrələnmiş təlimatlar ərizə formasında müvafiq nömrələrlə göstərilən bölmələrə aiddir. Ərizənin tam və düzgün doldurulmaması və ya məlumatların oxunaqlı olmaması ərizənin qəbul edilməməsinə səbəb ola bilər. Yanlış və ya çaşdırıcı məlumatların təqdim edilməsi və ya tələb olunan məlumatların gizlədilməsi ərizənin rədd edilməsinə və/və ya verilmiş tibbi sertifikatın ləğv edilməsinə, habelə qanunvericiliklə nəzərdə tutulmuş digər məsuliyyət tədbirlərinə səbəb ola bilər.

1. ŞƏHADƏTNAMƏNİ VERƏN ÖLKƏ: şəhadətnaməni vermiş ölkənin adını və ya şəhadətnamə verilməyibsə, ərizəçinin şəhadətnamə almaq üçün müraciət etməyi planlaşdırdığı ölkənin adını qeyd edin.

2. MÜRACİƏT OLUNAN TİBBİ SERTİFİKAT SİNİFİ: Müvafiq xananı qeyd edin. Sinif 1: Peşəkar pilot; Sinif 2: Həvəskar pilot, bort mühəndisi, naviqator və ya bort radiooperatoru; Sinif 3: Havada hərəkəti idarəetmə dispetçeri.

3. SOYAD: Soyadınızı qeyd edin.

4. ƏVVƏLKİ SOYAD(LAR): Soyadınız hər hansı səbəbdən dəyişibsə, əvvəlki soyad(lar)ınızı qeyd edin.

5. AD(LAR): Adınızı və ata adınızı (maksimum üç ad) qeyd edin.

6. DOĞUM TARİXİ: gün/ay/il formatında qeyd edin.

7. CİNSİ: Müvafiq xananı qeyd edin.

8. DOĞUM YERİ VƏ ÖLKƏSİ: Doğulduğunuz şəhəri və ölkəni qeyd edin.

9. VƏTƏNDAŞLIQ: Vətəndaşı olduğunuz ölkənin adını qeyd edin.

10. DAİMİ ÜNVAN: Daimi poçt ünvanınızı və ölkəni qeyd edin. Telefon nömrəsi ilə yanaşı, telefonun şəhər/bölgə kodunu da daxil edin.

11. YAŞADIĞINIZ ÜNVAN (FƏRQLİ OLDUĞU TƏQDİRDƏ): Daimi ünvandan fərqlidirsə, telefon nömrəsi və şəhər/bölgə kodu daxil olmaqla, tam cari poçt ünvanınızı qeyd edin. Eyni olduqda, "EYNİ" sözünü yazın.

12. MÜRACİƏT: Müvafiq xananı qeyd edin. Azərbaycan Respublikasında ilk müraciət – "İlkin"; sertifikat qüvvədədirsə – "Uzadılma"; qüvvədə deyilsə – "Yeniləmə". "Digər" seçildikdə səbəbi göstərin.

13. FİN VƏ YA PASPORT NÖMRƏSİ: FİN və ya pasport nömrəsini qeyd edin.

14. MÜRACİƏT OLUNAN ŞƏHADƏTNAMƏ NÖVÜ: Aşağıdakı siyahıdan müraciət olunan şəhadətnamə növünü qeyd edin: ATPL; CPL/ Instrument Rating; CPL; ATCL; FEL; FNL; FROL; PPL/ Instrument Rating; PPL; SPL; BPL; digər – zəhmət olmasa, qeyd edin

15. VƏZİFƏSİ (ƏSAS): Əsas məşğuliyyətinizi qeyd edin.

16. İŞƏGÖTÜRƏN: Əsas peşəniz pilot, havada hərəkəti edarəetmə dispetçeri,bort mühəndisi, naviqator və ya bort radiooperatoru olduqda, işəgötürənin adını qeyd edin; pilot kimi fərdi qaydada fəaliyyət göstərirsinizsə, "FƏRDİ " qeyd edin.

17. TİBBİ SERTİFİKAT ÜÇÜN SON MÜRACİƏT: Tarixi (gün, ay, il) və yeri (şəhər, ölkə) qeyd edin. İlk dəfə müraciət edənlər "Xeyr" qeyd etməlidirlər.

18. MÖVCUD AVİASİYA ŞƏHADƏTNAMƏSİ (NÖVÜ): Malik olduğunuz şəhadətnamə(lər)ın növünü qeyd edin. Şəhadətnamənin nömrəsini və verildiyi dövləti daxil edin. Şəhadətnaməniz yoxdursa yoxdursa, "yoxdur" qeyd edin.

19. ŞƏHADƏTNAMƏ/ TİBBİ SERTİFİKAT ÜZƏRİNDƏ MƏHDUDİYYƏT: Müvafiq xananı qeyd edin və şəhadətnamənin və ya tibbi sertifikatın üzərində hər hansı məhdudiyyətlər (məsələn, görmə qabiliyyəti, rəngləri ayırd etmə qabiliyyəti, təhlükəsizlik pilotu və s.) barədə təfərrüatları qeyd edin.

20. TİBBİ SERTİFİKATIN VERİLMƏSİNDƏN İMTİNA, TİBBİ SERTİFİKATININ QÜVVƏSİNİN DAYANDIRILMASI VƏ YA LƏĞVİ: Tibbi sertifikatınızın verilməsindən imtina edilibsə, dayandırılıbsa və ya ləğv edilibsə (hətta müvəqqəti olsa belə), "Bəli" xanasını qeyd edin. "Bəli" seçildiyi təqdirdə, tarixin (gün/ay/il) və hadisənin baş verdiyi ölkənin adını qeyd edin.

21. ÜMUMİ UÇUŞ SAATI: Ümumi uçuş saatlarının sayını qeyd edin və ya HHİ dispetçerləri üçün "N/A" (tətbiq olunmur) xanasını qeyd edin.

22. SON AVİASİYA-TİBBİ MÜAYİNƏSİNDƏN SONRAKI UÇUŞ MÜDDƏTİ: Son aviasiya-tibbi müayinədən sonra uçuş saatlarının sayını qeyd edin.

23. HANSI TİP TƏYYARƏDƏ UÇURSUNUZ: İdarə edilən hava gəmisinin adını, məsələn, Boeing 737, Cessna 150 və s; HHİ dispetçerləri üçün "N/A" (tətbiq olunmur) xanasını qeyd edin.

24. SONUNCU AVİASİYA TİBBİ MÜAYİNƏSİNDƏN SONRA BAŞ VERMİŞ HƏR HANSI AVİASİYA QƏZASI VƏ YA QEYDƏ ALINMIŞ İNSİDENT: Əgər "Bəli" xanası işarələnibsə, qəza/insidentin tarixini (gün/ay/il) və baş verdiyi ölkəni qeyd edin.

25. CARİ/ NƏZƏRDƏ TUTULAN UÇUŞ FƏALİYYƏTİ: Növbəti sertifikatlaşdırma dövründəki cari/nəzərdə tutulan fəaliyyətlə bağlı müvafiq xananı qeyd edin:

- Kommersiya, qeyri-kommersiya və ya digər (digər halında, əməliyyat növünü göstərin); HHİ dispetçerləri üçün "N/A" xanasını qeyd edin.
- Tək pilotlu və ya çox pilotlu

26. CARİ/ NƏZƏRDƏ TUTULAN HHİ FƏALİYYƏTİ: HHİ dispetçeri olaraq qüllə (tower), radar və ya digər mövqedə işlədiyinizi göstərmək üçün müvafiq xananı qeyd edin.

27. SPİRTLİ İÇKİ QƏBUL EDİRSİNİZMİ? Müvafiq xananı qeyd edin. Əgər bəlidirsə, həftəlik spirtli içki istehlakı miqdarını qeyd edin (məsələn, 2 litr pivə).

28. HAL-HAZIRDA HƏR HANSI DƏRMAN VASİTƏSİNDƏN İSTİFADƏ EDİRSİNİZMİ? Əgər "Bəli"dirsə, ətraflı məlumat verin — adı, qəbul miqdarı və vaxtı və s. Reseptsiz satılan dərmanlar da daxil olmaqla.

29. TÜTÜN ÇƏKİRSİNİZMİ? Müvafiq xananı qeyd edin. Hazırda tütün istifadə edən şəxslər istifadə etdikləri növü (siqaret, siqara, qəlyan) və və miqdarını qeyd etməlidirlər (məsələn, gündə 2 siqar; həftədə 1 unsiya tütün)

30. ÜMUMİ VƏ TİBBİ ANAMNEZ: Bu başlıq altında 101-dən 179-dək olan bütün bəndlər üzrə "Bəli" və ya "Xeyr" cavablarından biri işarələnməlidir. Əgər həyatınızın hər hansı dövründə həmin xəstəlik və ya vəziyyət sizdə olubsa, "Bəli" xanasını qeyd edin və vəziyyəti, həmçinin təxmini tarixini (30) Qeydlər bölməsində qeyd edin. Verilən bütün suallar, əhəmiyyəti ilk baxışda aydın görünməsə belə, tibbi baxımdan əhəmiyyətlidir. 170–179-cu bəndlər yaxın ailə üzvlərinin tibbi anamnezinə, 150–151-ci bəndlər isə yalnız qadın ərizəçilərə aiddir. Əgər məlumat tibbi sertifikat üçün əvvəlki ərizə formasında artıq təqdim edilibsə və həmin vaxtdan etibarən sağlamlıq vəziyyətinizdə dəyişiklik baş verməyibsə, "Əvvəllər bildirilmişdir; həmin vaxtdan dəyişiklik olmayıb" qeydini yaza bilərsiniz. Bununla belə, müvafiq bənd üzrə "Bəli" xanası yenə də işarələnməlidir. Adi və tez-tez rast gəlinən xəstəliklər, məsələn, soyuqdəymə barədə məlumat verməyin.

31. TİBBİ MƏLUMATLARIN TƏQDİM EDİLMƏSİNƏ DAİR BƏYANNAMƏ VƏ RAZILIQ: Bu bəyannamələri ATE sizə imzalamağı bildirməyənədək imzalamayın və tarix qoymayın. ATE şahid qismində imzalayaraq müvafiq qaydada təsdiq edəcək.

Instructions for Completion of the Application Form for a Medical Certificate

This application form and all attached report forms will be transmitted to the SCAA. Medical confidentiality shall be respected at all times. The applicant should personally complete, in full, all questions (sections) on the application form. Writing should be legible and in block capitals, using a ball-point pen. Completion of this form by typing/printing is also acceptable. If more space is required to answer any questions, a plain sheet of paper should be used, bearing the applicant's name and signature, and the date of signing. The following numbered instructions apply to the numbered headings on the application form for a medical certificate. Failure to complete the application form in full, or to write legibly, may result in non-acceptance of the application form. The making of false or misleading statements or the withholding of relevant information in respect of this application may result in criminal prosecution, denial of this application and/or withdrawal of any medical certificate(s) previously granted.

1. STATE OF LICENCE ISSUE: State name of country that has issued licence or where a licence has not been issued, the country where the applicant intends to apply for a licence

2. MEDICAL CERTIFICATE APPLIED FOR: Tick appropriate box. Class 1: Professional Pilot Class 2: Private Pilot / FE, FN, FR Class 3: Air Traffic Controller

3. SURNAME: State surname/family name.

4. PREVIOUS SURNAME(S): If your surname or family name has changed for any reason, state previous name(s).

5. FORENAME(S): State first and middle names (maximum three).

6. DATE OF BIRTH: Specify in order dd/mm/yyyy.

7. SEX: Tick appropriate box.

8. PLACE AND COUNTRY OF BIRTH: State town and country of birth.

9. NATIONALITY: State name of country of citizenship.

10. PERMANENT ADDRESS: State permanent postal address and country. Enter telephone area code as well as telephone number.

11. POSTAL ADDRESS (IFDIFFERENT): If different from permanent address, state full current postal address including telephone number and area code. If the same, enter 'SAME'.

12. APPLICATION: Tick appropriate box. For a first application in the Republic of Azerbaijan – **"Initial";** if the medical certificate is still valid – **"Revalidation";** if the medical certificate has expired – **"Renewal."** If **"Other"** is selected, please specify the reason.

13. ID/ PASSPORT NUMBER: State İD or passport number

14. TYPE OF LICENCE APPLIED FOR: State type of licence applied for from the following list: ATPL; CPL/ Instrument Rating; CPL; ATCL; FEL; FNL; FROL; PPL/ Instrument Rating; PPL; SPL; BPL; other – please specify

15. OCCUPATION (PRINCIPAL): Indicate your principal employment.

16. EMPLOYER: If principal occupation is pilot, ATCO, FE, FN, FR, then state employer's name or if self-employed as a pilot, state 'self'.

17. LAST APPLICATION FOR A MEDICALCERTIFICATE: State date (day, month, year) and place (town, country). Initial applicants state 'NONE'.

18. LICENCE(S) HELD (TYPE): State type of licence(s) held. Enter licence number and State of issue. If no licences are held, state 'NONE'.

19. ANY LIMITATIONS ON THE LICENCE(S)/ MEDICAL CERTIFICATE: Tick appropriate box and give details of any limitations on your licence(s)/ medical certificate, e.g. vision, colour vision, safety pilot, etc.

20. MEDICAL CERTIFICATE DENIAL, SUSPENSION OR REVOCATION: Tick 'YES' box if you have ever had a medical certificate denied, suspended or revoked, even if only temporary. If 'YES', state date (dd/mm/yyyy) and country where it occurred.

21. FLIGHT TIME TOTAL: State total number of hours flown or, for ATCO's tick n/a box.

22. FLIGHT TIME SINCE LAST MEDICAL: State number of hours flown since your last aero-medical examination or, for ATCO's tick n/a box.

23. AIRCRAFT CLASS/TYPE(S) CURRENTLY FLOWN: State name of principal aircraft flown, e.g. Boeing 737, Cessna 150, etc. or, for ATCO's tick n/a box.

24. ANY AVIATION ACCIDENT OR REPORTED INCIDENT SINCE LAST AERO-MEDICAL EXAMINATION: If 'YES' box ticked, state date (dd/mm/yyyy) and country of accident/incident.

25. CURRENT/INTENDED PILOT ACTIVITY: Please tick the appropriate box regarding the current/ intended activity during the folloüing certification period:

- Commercial or non-c ommercial or other (for other, please specify the type of operation), for ATCO's tick n/a box.
- Single-pilot or multi-pilot

26. CURRENT/INTENDED ATCO ACTIVITY: Tick appropriate box regarding the current/ intended activity during the folloüing certification period e.g. ADI, APS. ACS.

27. DO YOU DRINK ALCOHOL? Tick applicable box. If yes, state weekly alcohol consumption, e.g. 2 litres beer.

28. DO YOU CURRENTLY USE ANY MEDICATION? If 'YES', give full details — name, how much you take and when, etc. Include any non-prescription medication.

29. DO YOU SMOKE TOBACCO? Tick applicable box. Current smokers state type (cigarettes, cigars, pipe) and amount (e.g. 2 cigars daily; pipe — 1 oz. weekly).

30. GENERAL AND MEDICAL HISTORY: All items under this heading from number 101 to 179 inclusive should have the answer 'YES' or 'NO' ticked. You should tick 'YES' if you have ever had the condition in your life and describe the condition and approximate date in the (30) remarks section. All questions asked are medically important even though this may not be readily apparent. Items numbered 170 to 179 relate to immediate family history, whereas items numbered 150 to 151 should be answered by female applicants only. If information has been reported on a previous application form for a medical certificate and there has been no change in your condition, you may state 'Previously reported; no change since'. However, you should still tick 'YES' to the condition. Do not report occasional common illnesses such as colds.

31. DECLARATION AND CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION: Do not sign or date these declarations until indicated to do so by the AME who will act as witness and sign accordingly.