ENAC
ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO

Il modello di richiesta del certificato e tutti i modelli allegati saranno trasmessi all'autorità di rilascio della licenza. Il rispetto della tutela dei dati sensibili deve essere rispettato in ogni momento.
Il richiedente deve compilare personalmente, per intero, il modello di richiesta rispondendo a tutte le domande (Sezioni). La scrittura deve essere leggibile e in stampatello utilizzando una penna a sfera. E' anche accettabile la compilazione a macchina o stampata. Se è necessario uno spazio maggiore per le risposte, dovrebbe essere utilizzato un foglio bianco semplice con il nome del richiedente, il nonché la firma e la data della firma. Le seguenti istruzioni sono numerate secondo la numerazione delle sezioni del modello di richiesta del certificato medico.
Se il referto non viene compilato integralmente o in modo non leggibile, come richiesto, l'istanza potrebbe non essere accettata e portare alla revoca di ogni certificato già rilasciato. Dichiarazioni false o ingannevoli o omissione di informazioni rilevanti da parte dell'AME potranno essere perseguibili penalmente, portare al rigetto della domanda o alla revoca di ogni certificato medico già rilasciato.

1. STATO DI RILASCIO DELLA LICENZA:
Nome dello Stato al quale questa documentazione deve essere inoltrata

2. CLASSE DI CERTIFICATO RICHIESTO:
Spuntare la sezione corretta:
Classe 1: Pilota Professionale
Classe 2: Pilota Privato
Classe 3: ATC/FIS

3. COGNOME:
Cognome del richiedente

4. COGNOME(I) PRECEDENTE(I):
Indicare il cognome precedente se cambiato per qualsiasi motivo

5. NOME(I):
Indicare nome(i) e eventuali altri nomi (massimo tre).

6. DATA DI NASCITA:
Specificare in ordine gg/mm/aaaa.

7. SESSO:
Spuntare la sezione corrispondente.

8. LUOGO DI NASCITA:
Luogo e Stato di nascita.

9. NAZIONALITA':
Nome dello Stato di cittadinanza.

10. RESIDENZA:
Stato e indirizzo di residenza e Stato. Inserire il numero di telefono con prefisso.

11. INDIRIZZO DOMICILIO (QUALORA DIFFERENTE):
Se diverso dalla residenza indicare indirizzo completo dell'indirizzo postale, numero di telefono con prefisso. Se uguale, scrivere "STESSO".

12. TIPO DI RICHIESTA:
Spuntare la sezione corretta.

13. NUMBERO DI RIFERIMENTO:
Numero di protocollo di riferimento assegnato dall'Autorità Aeronautica Nazionale.
Per le richieste iniziali scrivere "NESSUNO".

14. TIPO DI LICENZA RICHIESTA:
Indicare il tipo di licenza richiesta secondo la seguente lista:
Licenza di Pilota di Linea
Licenza di Pilota Commerciale/Abilitazione al Volo Strumentale
Licenza di Pilota Commerciale
Licenza di Pilota Privato/Abilitazione al Volo Strumentale
Pilota Privato
Pilota di Aliante
Pilota di Pallone
Pilota di Aeromobili Leggeri (LAPL)
e se di tipo Ala fissa/Ala rotante o entrambe
Altro - specificare

15. OCCUPAZIONE:
Indicare l'occupazione principale del richiedente.

16. DATORE DI LAVORO:

Se pilota è l'occupazione principale, indicare nome del datore di lavoro e indicare "me medesimo" se si lavora in proprio.

17. ULTIMA RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE MEDICA:
Indicare la data (giorno, mese, anno) e luogo (città, Paese).
Per le richieste iniziali scrivere "NESSUNA".

18. LICENZA(E) DI VOLO POSSEDUTA(E):
Indicare il tipo di licenza(e) posseduta(e).
Inserire il numero della licenza e lo Stato di rilascio.
Se non in possesso di licenza, indicare "NESSUNA".

19. LIMITAZIONI SULLA LICENZA/CERTIFICATO MEDICO:
Spuntare la sezione corrispondente e specificare eventuali limitazioni apposte sulla licenza(e)/certificato medico, es. visione, percezione dei colori, secondo pilota,etc.

20. DINIEGO, SOSPENSIONE O REVOCA DEL CERTIFICATO MEDICO:
Spuntare la casella "SI" nel caso sia mai stato negato, revocato o sospeso il certificato medico, anche se solo temporaneamente. Se "SI" indicare la data (gg/mm/aa) e lo Stato dove avvenuto.

21. ORE TOTALI DI VOLO:
Indicare il numero totale delle ore volate.

22. ORE DI VOLO DALL'ULTIMA VISITA MEDICA:
Indicare il numero delle ore volate dall'ultima visita medica.

23. CLASSE/TIPO DEL VELIVOLO ATTUALMENTE PILOTATO:
Indicare l'aeromobile principale pilotato, es. Boeing 737, Cessna 150, etc.

24.QUALSIASI INCIDENTE O INCONVENIENTE DALL'ULTIMA VISITA MEDICA:
Se si spuntare la casella "SI", indicare la data (gg/mm/aaaa) e lo Stato dell'incidente/inconveniente.

25. TIPO DI OPERAZIONI DI VOLO PREVISTE:
Indicare se per linea, charter, pilota singolo per trasporto commerciale passeggeri, agricoltura, piacere, etc.

26. ATTIVITA' DI VOLO ATTUALE:
Spuntare la casella corrispondente indicando se come pilota unico o meno.

27. ASSUME ALCOL?:
Spuntare la casella corrispondente. Se "si", dichiarare il consumo settimanale di alcool, es. 2 litri di birra.

28. ASSUNZIONE ATTUALE DI QUALCHE FARMACO?:
Se "SI", fornire dettagli completi – indicare dose, quantità, frequenza di assunzione, ect.
Indicare eventuale farmaco assunto senza prescrizione medica.

29. ASSUME TABACCO?:
Spuntare la casella corrispondente. I fumatori indichino il tipo (sigarette, sigari, pipa) e la quantità (es. 2 sigari al giorno, pipa es.30gr. a settimana).

ANAMNESI MEDICA E GENERALE:
Tutte le voci sotto questa sezione dal numero 101 al 179 incluso devono avere la risposta "SI" o "NO" spuntata.
Dovrebbe spuntare "SI" se ha avuto nella vita una delle condizioni e descrivere la condizione e indicare la data approssimativa nella sezione (30). NOTE. Tutte le domande riportate sono importanti dal punto di vista medico anche se ciò può non risultare chiaro.
Le voci dal numero 170 al 179 riguardano l'anamnesi familiare mentre le voci dal numero 150 al 151 riguardano solo richiedenti di sesso femminile.

Se informazioni sono state già riportare su un precedente modulo di richiesta e non sono intervenute variazioni nelle condizioni, si può indicare "Già riferito precedentemente. Nessuna variazione da allora". Tuttavia, si deve comunque spuntare "SI" alla condizione.

Non indicare comuni e occasionali malattie come ad esempio raffreddore.

31. DICHIARAZIONE E CONSENSO PER L'OTTENIMENTO ED IL RILASCIO DI INFORMAZIONI PER USO MEDICO:
Non firmare o datare queste dichiarazioni fino a quando non istruito dall'AME che testimonierà la sottoscrizione del modello.
.