**KËRKESË PËR RISHQYRTIMIN E AFTËSISË SHËNDETËSORE**

**ZAHTJEV ZA PREISPITIVANJE OCJENE ZDRAVSTVENE SPOSOBNOSTI**

**APPLICATION FORM FOR SECONDARY REVIEW PROCEDURE**

MEDICAL IN CONFIDENCE

Në tërësi të plotësohet formulari me shkronja të mëdha të shtypit dhe të dorëzohet i nënshkruar personalisht. T’i bashkangjitet kopja e njoftimit mbi mosplotësimin e kushteve të aftësisë shëndetësore.

U potpunosti ispuniti obrazac velikim tiskanim slovima i predati vlastoručno potpisani obrazac. U privitku je potrebno dostaviti presliku Obavijesti o neudovoljavanju.

Entirely fill in the form with capital letters and submit it with own hand signature

|  |
| --- |
| Emri dhe mbiemri:Ime i prezimeName and surname |
| Vendi dhe data e lindjes:Mjesto i datum rođenja :Place and Date of birth: (dd / mm / yyyy)  |
| Adresa, e-maili, telefoniAdresa, e-mail, telefonAddress, E-mail, Phone |
| Klasa e kërkuar e aftësisë shëndetësoreTražena klasaja zdravstvene sposobnostiRequested class of medical certificate□ KLASA/CLASS 1 □ KLASA/CLASS 2 □LAPL □ KLASA/CLASS 3 | Data e vlerësimit Datum ocjeneAssessment date |
| AME/AeMC |
| Tipi i licencës që mbajVrsta dozvole koju posjedujem Type of license held |
| ArsyetimObrazloženjeExplanation |
| DataDatumDate | Nënshkrimi i parashtruesit të kërkesësPotpis podnositelja zahtjevaSignature of applicant |