**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 prezime  Name and surname | |
| Vendi dhe data e lindjes:  Mjesto i datum rođenja :  Place and Date of birth: (dd / mm / yyyy) | |
| Adresa, e-maili, telefoni  Adresa, e-mail, telefon  Address, E-mail, Phone | |
| Klasa e kërkuar e aftësisë shëndetësore  Tražena klasaja zdravstvene sposobnosti  Requested class of medical certificate  □ KLASA/CLASS 1 □ KLASA/CLASS 2 □LAPL □ KLASA/CLASS 3 | Data e vlerësimit  Datum ocjene  Assessment date |
| AME/AeMC |
| Tipi i licencës që mbaj  Vrsta dozvole koju posjedujem  Type of license held |
| Arsyetim  Obrazloženje  Explanation | |
| Data  Datum  Date | Nënshkrimi i parashtruesit të kërkesës  Potpis podnositelja zahtjeva  Signature of applicant |