



Образац PEL-25

**ЗАХТЕВ ЗА ПРОДУЖЕЊЕ/ОБНОВУ ВАЖЕЊА ОВЛАШЋЕЊА ЗА
ЛЕТЕЊЕ НА ТИПУ (ХЕЛИКОПТЕР)**
APPLICATION FORM FOR REVALIDATION/RENEWAL OF TYPE RATING (HELICOPTER)

Лични подаци <i>Personal Details</i>			
Презиме (име оца) и име <i>Applicant's Name (First, Middle, Last)</i>			
Датум рођења <i>Date of Birth</i>		Место рођења <i>Place of Birth</i>	
Држављанство <i>Nationality</i>		ЈМБГ/бр.пасоша <i>ID No./Passport No.</i>	
Адреса (улица и број, град, поштански број, држава) <i>Address (Number, Street, Post Code, City, State)</i>	Број телефона <i>Phone Number</i>		
	Кућни <i>Home</i>		
	Посао <i>Business</i>		
Е-mail		Мобилни <i>Mobile</i>	
Датум <i>Date</i>		Потпис подносиоца захтева <i>Applicant's Signature</i>	

Подаци о поседованој дозволи <i>Information on Holder's Licence</i>			
Врста дозволе <i>Licence Type</i>		Важење дозволе <i>Validity</i>	
Број дозволе <i>Licence Number</i>		Издавалац <i>Issuing Authority</i>	

Захтев за: <i>Application for:</i>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IR	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не
Продужење <i>Revalidation</i>	Обнова <i>Renewal</i>		
Ознака типа хеликоптера <i>Type Marking</i>			<input type="checkbox"/> PIC <input type="checkbox"/> COP

Налет остварен у току важења овлашћења/обуке за обнову важења овлашћења <i>Flight time completed during the validity of the rating/refresher training</i>		
Укупно часова <i>Total flight hours</i>	Презиме и име одговорне особе/испитивача <i>Name and Surname of authorized person/examiner</i>	Потпис <i>Signature</i>
		М.П. <i>s.p.</i>

Напомене:

Notes:

1. Попунити штампаним словима празна поља, означити са “X” одговарајуће квадрате;
Empty fields to be filled in with capital letters and boxes to be crossed out;
2. Уз захтев доставити доказ о плаћеној административној такси и накнади за продужење/обнову;
Application form to be accompanied by evidence of administrative and revalidation/renewal charges paid;
3. Уз захтев доставити копију лекарског уверења.
Application form to be accompanied by a copy of medical certificate.
4. Уз захтев за продужење важења овлашћења доставити извештај са провере стручности („proficiency check”) са овлашћеним испитивачем;
Revalidation application to be accompanied by the proficiency check report completed by an authorized examiner;
5. Уз захтев за обнову важења овлашћења доставити извештај са провере стручности („proficiency check”) са овлашћеним испитивачем и потврду о обуци за освежење знања;
Renewal application to be accompanied by the report on proficiency check completed by an authorized examiner and the certificate on completed refresher training.

* За достављање дозволе поштом унети адресу доставе:

Licence to be delivered by mail to the following address:

Улица и број : _____

Number and Street:

Град и поштански број: _____

Code and City:

Држава : _____

State: