



A – SPURNINGALISTI – LÝSING UMSÆKJANDA Á LÍÐAN SINNI

Nafn:	Fæðingardagur:
Skoðunardagur:	

SPURNINGALISTI – LÝSING UMSÆKJANDA Á LÍÐAN SINNI		Merkið í þann reit sem á best við				
		Mjög ósammála	Frekar ósammála	Hvorki - né	Frekar sammála	Mjög sammála
1	Svefnvenjur mínar hafa ekki breyst	☐	☐	☐	☐	☐
2	Undanfarið hef ég fundið fyrir mikilli streitu	☐	☐	☐	☐	☐
3	Það reynir ekki mikið á mig í vinnunni	☐	☐	☐	☐	☐
4	Ég á erfitt með að uppfylla væntingar og þarfir fjölskyldu minnar	☐	☐	☐	☐	☐
5	Ég fæ samviskubít eftir að hafa drukkið áfengi	☐	☐	☐	☐	☐
6	Undanfarið hef ég oft verið pirraður	☐	☐	☐	☐	☐
7	Fjárhagsstaða mín er erfið	☐	☐	☐	☐	☐
8	Ég á auðvelt með að sofna	☐	☐	☐	☐	☐
9	Flestar nætur sef ég alla nóttina	☐	☐	☐	☐	☐
10	Mér finnst gott að fá mér áfengi að loknum vinnudegi	☐	☐	☐	☐	☐
11	Undanfarið hef ég átt erfitt með að hafa stjórn á skapi mínu	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ég á ekki marga (enga) vini á vinnustað mínum	☐	☐	☐	☐	☐
13	Líkamsþyngd mín breytist oft	☐	☐	☐	☐	☐
14	Starfsandinn á vinnustað mínum er ekki jákvæður	☐	☐	☐	☐	☐
15	Ég á auðvelt með að viðhalda sjálfstrausti mínu	☐	☐	☐	☐	☐
16	Ég þarf lyf eða önnur efni til að viðhalda góðu skapi	☐	☐	☐	☐	☐
17	Ég er að hugsa um að skipta um starfsvettvang	☐	☐	☐	☐	☐
18	Ég á erfitt með að dreifa huganum frá vinnunni og verkefnum	☐	☐	☐	☐	☐
19	Ég á erfitt með að ná reglulegum svefni eftir nokkra daga í vinnunni	☐	☐	☐	☐	☐
20	Ég er sannfærður um að áfengi og önnur hugbreytandi efni hafi ekki áhrif á starfsgetu mína	☐	☐	☐	☐	☐

B – UNDIRSKRIFT

Yfirlýsing: Ég undirritaður lýsi því yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og gerðar samkvæmt minni bestu vitund. Ég hef ekki visvitandi leynt upplýsingum eða gefið villandi upplýsingar sem kunna að hafa áhrif á niðurstöður. Ég geri mér fulla grein fyrir því að gefi ég rangar eða villandi upplýsingar í sambandi við umsóknina, eða ónógar upplýsingar varðandi sjúkrasögu, geta flugmálafyrirvaldið neitað mér um eða dregið til baka heilbrigðisvottorð sem þegar hefur verið gefið út. Auk þess kunna að eiga við önnur viðurlög skv. landslögum.

SAMÞYKKI TIL AÐ LATA Í TÆ UPPLÝSINGAR UM HEILSUFAR: Ég gef hér með leyfi til að allar þær upplýsingar sem eru á umsóknareyðublaðinu auk annarra gagna sem styðja þær upplýsingar, verði látnar í té fluglækni og ef nauðsyn krefur læknisfræðilegum sérfræðingi flugmálafyrivalda útgáfurkis skirteinis míns, læknisfræðilegum sérfræðingi flugmálafyrivalda útgáfurkis fluglæknaréttinda míns fluglæknis og viðkomandi heilbrigðisstarfsfólki í þeim tilgangi að ljúka mati eða endurmati á heilbrigði, þessi skjöl eða upplýsingar geymdar á tölvutæku formi sem eru til stuðnings vottorðinu verða eign flugmálafyrivalda, svo fremi að ég og heimilislæknir minn hafi aðgang að þeim samkvæmt glidandi lögum. Trúnaðar verður ávallt gætt.

FYRIRVARI UM VINNSLU PERSÓNUUPPLÝSINGA: Ég lýsi því yfir að mér hefur verið tilkynnt og að ég skil að upplýsingar á heilbrigðisvottorði mínu samkvæmt ARA.MED.130 geta verið vistaðar rafrænt og gerðar aðgengilegar minum fluglækni í þeim tilgangi að sýna fram á heilsufarssögu sem skilyrt er í MED.A.035(b)(2)(ii)/(iii) og fluglæknum lögbærra yfirvalda aðildarríkja til að framfylgja ARA.MED.150(c)(4).

Undirskrift umsækjanda: