



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΑΕΡΟΠΟΡΙΑΣ
HELLENIC REPUBLIC
HELLENIC CIVIL AVIATION AUTHORITY
MEMBER OF EASA



HCAA REFERENCE No.:

FSD REFERENCE No.:

(HCAA USE ONLY- Αριθμοί Πρωτοκόλλου /Χρήση ΥΠΑ μόνο)

Form 755

SFI MP (A) - Revalidation/Renewal

Name/Surname/Father's Name:

Όνομα/Επίθετο/Όνομα πατρός

ID/Passport No.:

Αριθ.ΑΤ/Διαβατηρίου

Date of birth:

Ημερ.γέν.:

Place of birth:

Τόπος γέν.:

Nationality:

Εθνικότητα:

Private Address:

Διεύθ. Κατοικίας:

Post code:

Ταχ. Κώδ.:

City/Country:

Πόλη/Χώρα:

Phone/mobile:

Τηλ. σταθ./κιν. :

Phone/fax office:

Τηλ./φάξ εργασίας:

e-mail and additional contact info:

Ηλεκτρονική διεύθ./ επιπρόσθετες πληρ. επικοινωνίας:

Signature of applicant:

Υπογραφή
αιτούντος/αιτούσας:

Grand total flight hours:

Γενικό σύνολο ωρών:

PIC hours:

Ωρες κυβ.:

COPI hours:

Ωρες συγκυβ.:

Type/Licence number:

Τύπος/αριθμός αδειάς:

Med. Certificate Class/ Exp. Date:

Κλάση/Ημερομ.λήξης πιστοπ.υγείας:

HCAA USE ONLY REMARKS (Χρήση ΥΠΑ μόνο, παρατηρήσεις)

INSPECTING
OFFICER

AVIATION SAFETY
INSPECTOR

LICENSING DEP. DIRECTOR

FLIGHT STANDARDS DEP. DIRECTOR



Applicant's Licence No.:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ - DECLARATION

A.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (1), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι τα περιεχόμενα στην παρούσα αίτησή μου στοιχεία είναι ακριβή (2) και αληθή (3) και έχω πληρώσει τα αντίστοιχα τέλη.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

(1) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με την έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(2) Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986).

(3) Οιαδήποτε ψευδής παρουσίαση ή δήλωση ή απόκρυψη πληροφοριών στην παραπάνω αίτηση θα έχει ως συνέπεια την απόρριψή της, την ποινική δίωξη των υπευθύνων κατά το άρθρο 42 ή 220 του Ποινικού Κώδικα και την ανάκληση από την ΥΠΑ οποιουδήποτε ισχύοντος αεροπορικού Πτυχίου ή Πιστοποιητικού Υγείας.

(4) Ο Ευρωπαϊκός Κανονισμός (ΕΥ) Νο. 1178/2011 όπως τροποποιήθηκε, απαιτεί όπως όλες οι άδειες/πτυχία του ενδιαφερομένου να διεκπεραιώνονται μόνο από την Αρχή Πολιτικής Αεροπορίας που κατέχει τα ιατρικά δεδομένα αυτού. (Part MED.A.030 and Part FCL.015).

Εάν τα ιατρικά σας δεδομένα δεν βρίσκονται στην Ελληνική Υπηρεσία Πολιτικής Αεροπορίας, η αίτησή σας θα απορριφθεί.

On my own responsibility and knowing the presumable penalties (1), by the paragraph 6 of the article 22 of the N. 1599/1986, I declare that the included elements in my present application are accurate (2) and true (3) and I have paid the applicable fees.

NOTE:

(1) "Whoever, under his own knowledge, declares untrue facts or denies or withholds the true facts within his/her written declaration under the article 8, he/she will be punished with imprisonment of at least three months. If the responsible of these actions intended, for his own benefit or other's benefit, to draw financial profit harming third person or he/she intended to harm other, he/she will be punished with imprisonment for a term up to 10 years.

(2) The accuracy of the elements that are submitted with this declaration can be checked on the basis of a check into other agency's archives (article 8 paragraphs 4 N.1599/1986).

(3) Any untrue presentation or declaration or dissimulation of information within the above application will have as a consequence its rejection, the penal prosecution of responsible persons according to the article 42 or 220 of the Penal Code and the revocation of every valid aviation licence or Medical Certificate by the Hellenic CAA.

(4) European Commission Regulation (EU) No. 1178/2011 as amended requires that an individual has all of their licences administered by the National Aviation Authority that holds their medical records.

(Part MED.A.030 and Part FCL.015).

If your medical records are not held by the HCAA, your application will be rejected.

B.

Επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την αίτησή σας/Additional information concerning your application:

Ο / Η Δηλών (ούσα)

Name of Applicant:

Υπογραφή

Signature:

Ημερομηνία

Date:



Applicant's Licence No.: _____

Expiry date of SFI MP(A) certificate: _____

Date of last assessment of competence: _____

For revalidation of an SFI certificate the applicant shall, within the validity period of the SFI certificate, fulfil 2 of the following 3 requirements:

Note: For each alternate SFI MP(A) revalidation, the holder shall pass an assessment of competence acc. Part FCL.935

- 1) complete 50 hours as an instructor or an examiner in FSTDs, of which at least 15 hours shall be within the 12 months preceding the expiry date of the SFI certificate
hours: _____ last 12 months: _____
- 2) receive instructor refresher training as a SFI at an ATO (enclose confirmation) date: _____
- 3) pass an assessment of competence acc. FCL.935
(Enclose form 935) date: _____

the applicant shall have completed, on an FFS, the proficiency checks for the issue of the specific aircraft type ratings representing the types for which privileges are held. date: _____

For Renewal of a SFI MP(A) certificate, the applicant shall fulfil the requirements 4), 5) and 6) below:

- 4) receive instructor refresher training as an SFI at an ATO date: _____
- 5) complete the relevant parts of an SFI course at an approved ATO date: _____
- 6) complete a LPC on a FFS, representing the applicable type date: _____

Note: Enclose supporting documents

Data confirmed by ATO:	
name:	registration number:
name of Head of Training:	licence number:
signature of Head of Training:	location and date: