



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 705

FI (A) INITIAL APPLICATION

Name/Surname/Father's Name:

Όνομα/Επίθετο/Όνομα πατρός

ID/Passport No.:

Αριθ.ΑΤ/Διαβατηρίου

Date of birth: <i>Ημερ.γέν.:</i>	Place of birth: <i>Τόπος γέν.:</i>	Nationality: <i>Εθνικότητα:</i>	
Private Address: <i>Διεύθ. Κατοικίας:</i>	Post code: <i>Ταχ. Κώδ.:</i>	City/Country: <i>Πόλη/Χώρα:</i>	
Phone/mobile: <i>Τηλ. σταθ./κιν. :</i>	Phone/fax office: <i>Τηλ./φάξ εργασίας:</i>		
e-mail and additional contact info: <i>Ηλεκτρονική διεύθ./επιπρόσθετες πληρ. επικοινωνίας:</i>		Signature of applicant: <i>Υπογραφή αιτούντος/αιτούσας:</i>	
Grand total flight hours: <i>Γενικό σύνολο ωρών:</i>	PIC hours: <i>Ωρες κυβ.:</i>	COPI hours: <i>Ωρες συγκυβ.:</i>	Type/Licence number: <i>Τύπος/αριθμός αδείας:</i>
			Med. Certificate Class/ Exp. Date: <i>Κλάση/Ημερομ.λήξης πιστοπ.υγείας:</i>
HCAA USE ONLY REMARKS (<i>Χρήση ΥΠΑ μόνο, παρατηρήσεις</i>)			
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 οποιοδήποτε 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.:

Summary of requirements for the issue of a FI(A)

Name of training supervisor: _____ Licence number: _____ signature: _____

Pilot licence PPL CPL ATPL CR/TR: _____ rating valid until: _____

Teaching and learning course completed (FCL 930.FI (b) (1)). Enclose copy of confirmation date: _____

- a) Received at least 10 HR instrument flight instruction
of which
not more than 5 HR in FNPT or flight simulator hours: _____
- b) Completed at least 20 HR of VFR cross-country as PIC on aeroplanes or TMG
including
a flight of 540km with full stop landings at two different aerodromes hours: _____
date: _____
- c) Completed at least 30 HR on single engine piston
of which
at least 5 HR within the last 6 months prior pre entry flight test (Part FCL.930.FI (a)) hours: _____
- d) Passed a specific pre-entry flight test within 6 months prior start of course
Enclose copy of flight test. date: _____
- e) Completed an approved FI(A) course at an ATO. (Enclose copy of course confirmation).
Enclose copy of course confirmation. date: _____
- g) Completed an Assessment of Competence as FI(A). date: _____

IF HOLDING A PPL(A), additionally :

- h) Completed at least 200 HR flight time on aeroplanes or TMG hours: _____
of which
150 HR as pilot in command hours: _____
- i) CPL(A) theoretical knowledge examination passed (or FI will be restricted to LAPL) date: _____

A copy of the last logbook pages (flight experience & STD pages) shall be attached to this form. Please make sure you note your licence number and signature at the bottom of each page.

Data confirmed by ATO:	
name:	registration number:
name of chief flight instructor:	Licence number:
signature of chief flight instructor:	location and date: