



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 750

SFI MP(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	



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.:

SFI MP (A) application on aircraft type: _____

Summary of conditions and flight experience:

- a) hold or have held a CPL, MPL or ATPL in the appropriate aircraft category; valid until: _____
- b) have at least 1 500 hours flight time as a pilot on multi-pilot aeroplanes hours: _____
- c) have completed the FSTD content of the applicable type rating course date: _____
- d) have completed the proficiency check for the issue of the specific aircraft type rating in an FFS date: _____
representing the applicable type, within the 12 months preceding the application; and
- e) have completed, as a pilot or as an observer, within 12 months preceding the application, at least date: _____
(i) 3 route sectors on the flight deck of the applicable aircraft type; or sectors: _____
(ii) 2 line-orientated flight training-based simulator sessions conducted by qualified flight crew
on the flight deck of the applicable type. These simulator sessions shall include 2 flights
of at least 2 hours each between 2 different aerodromes
- f) have completed an approved TRI course at an ATO, including 25 HR teaching and learning, date: _____
10 HR of technical training and at least 10 HR flight instruction on the appropriate aircraft or FFS

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 Head of Training:	Licence number:
signature of Head of Training:	location and date:

Note: Enclose supporting documents