



Declaration of Medical Fitness – MED3

إقرار بالحالة الطبية

This medical declaration certificate is required for applicants who are operating pleasure vessels length overall less than 12m

Name	الإسم	AE ID No.	رقم الهوية	Mob. No.	رقم هاتف متحرك
Nationality	الجنسية	Date of Birth	تاريخ الميلاد	Gender	الجنس
Address	العنوان				

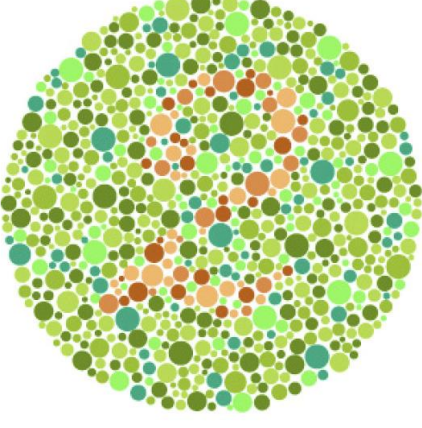
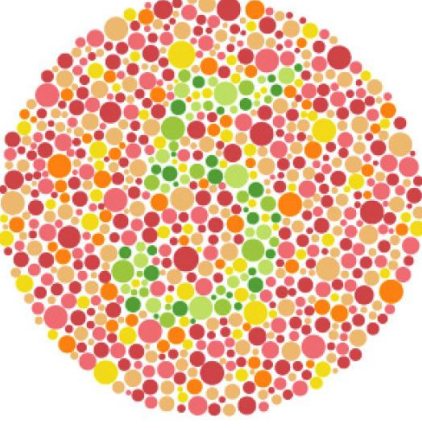
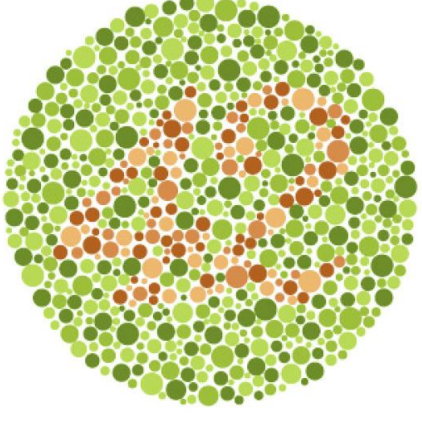
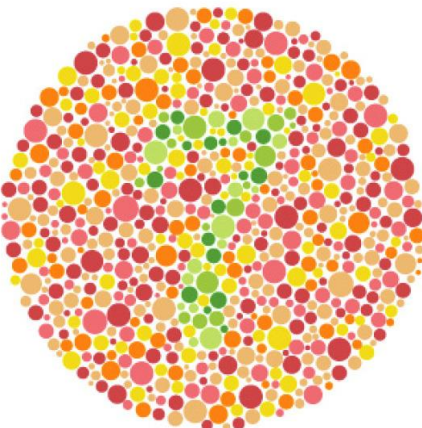
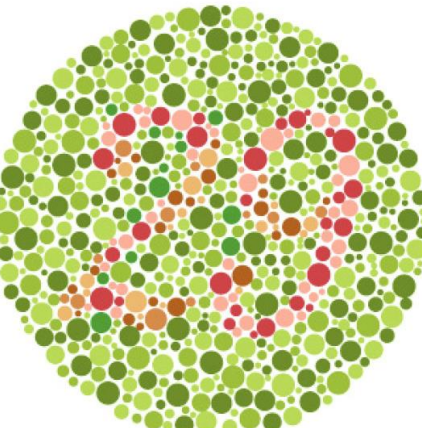
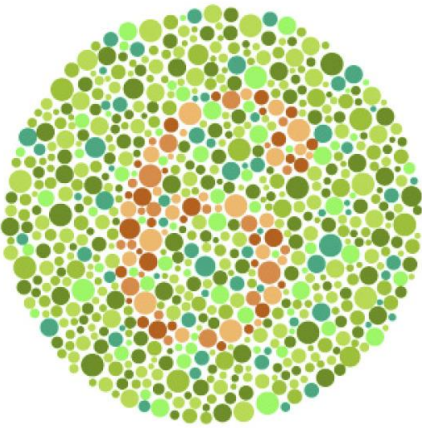
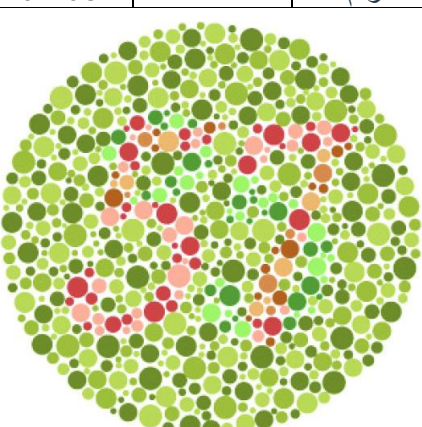
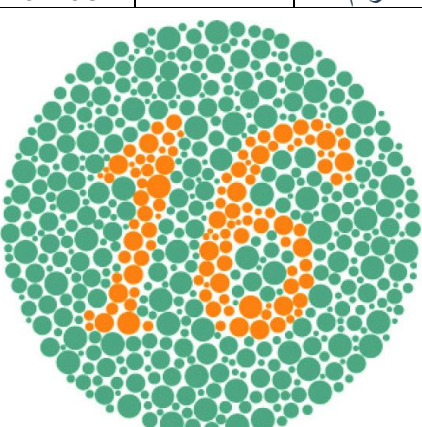
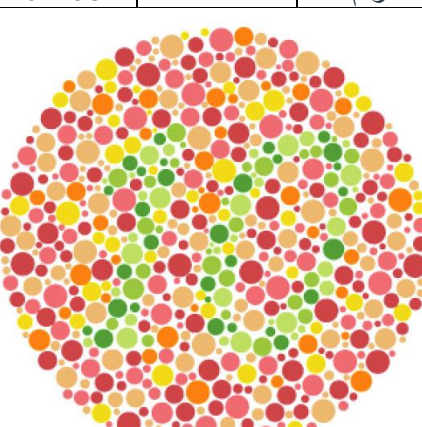
Declaration	إقرار
<p>أنا (كتابة الإسم) _____ ، طالب رخصة القيادة البحرية، أقر بأنه ليس لدي أية إعاقات طبية من شأنها أن تمنعني من قيادة الوسائل البحرية الترفيهية في إمارة دبي.</p> <p>و أعلم بأنها تعتبر مخالفة بموجب قرار المجلس التنفيذي رقم (11) لسنة 2013، بإصدار اللائحة التنفيذية للقانون رقم (11) لسنة 2010 بشأن ترخيص الوسائل البحرية في إمارة دبي، للشخص الذي يقدم معلومات يعلم أنها غير صحيحة، ويعاقب المخالف بخمسة آلاف (5000) درهم، وللسلطة الحق في اتخاذ أية إجراءات أخرى قد تصل إلى سحب رخصة القيادة.</p> <p>I am, (insert name) _____ , the maine driving license applicant, declare that I have no medical disabilities that would prevent me from operating a recreational vessels in Emirate of Dubai.</p> <p>I know that it is an offence under The Executive Council Resolution No. (11) for the year 2013 concerning issuance of the Implementing Regulation of the Law No. (11) for the year 2010 concerning the Marine Crafts Licensing in the Emirate of Dubai, to the person who provides information knowing that it is incorrect, and be punished by a five thousand (5000 AED), and the Authority shall have the right to take any other measures which may result in the withdrawal of the driver's license.</p>	

Signature: _____

Date: _____

انظر إلى الأشكال أدناه، واكتب الرقم الذي تراه بداخل كل منها في المكان المخصص لذلك

Look at the pictures below, and enter the numbers that you see in the corresponding places

								
Number	<input type="text"/>	الرقم	Number	<input type="text"/>	الرقم	Number	<input type="text"/>	الرقم
								
Number	<input type="text"/>	الرقم	Number	<input type="text"/>	الرقم	Number	<input type="text"/>	الرقم
								
Number	<input type="text"/>	الرقم	Number	<input type="text"/>	الرقم	Number	<input type="text"/>	الرقم