Declaration of Medical Fitness

إقرار باللياقة الصحية

Form A

نموذج أ

Declaration of Medical Fitness **إقرار بالحالة الطبية**

Personal Details:								
Name		AE ID No.		Mob. No.				
Nationality		Date of Birth		Gender		Male		Female
Address/ company Name								

Declaration إقرار
أنا (كتابة الإسم)_____، طالب رخصة القيادة البحرية، أقر و اعترف بأنه ليس لدي أية اعاقات طبية او اية حالات صحية او اية امراض دونما حصر من شأنها أن تمنعني من قيادة الوسائل البحرية او تعيق استخدامي الآمن لها حسب الأحوال الملاحية المتعارف عليها و انني لن استخدم الوسائل البحرية في أي حالة صحية قد تعرضني او تعرض غيري للخطر او تحد من الاستخدام الملاحي الآمن لها طوال مدة ترخيص رخصة القيادة البحرية. 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 وتعديلاته، للشخص الذي يقدم معلومات يعلم أنها غير صحيحة، ويعاقب المخالف بخمسة آلاف (5000) درهم، وللسلطة الحق في اتخاذ أية اجراءات أخرى قد تصل إلى سحب رخصة القيادة. I, (name), _____ ,a candidate for a marine driving license, hereby declare and acknowledge that I do not suffer from any medical conditions, health problems, or any diseases, without limitation, that would prevent me from safely operating vessels or hinder my safe use of such vessels in accordance with customary navigational standards. I further declare that I will not operate any vessel in any health condition that may endanger myself or others or compromise safe of navigation throughout the validity of the marine driving license. 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.

Signature:_____

Date:_____

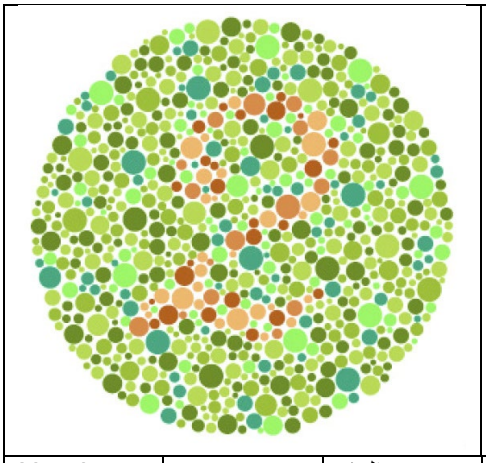
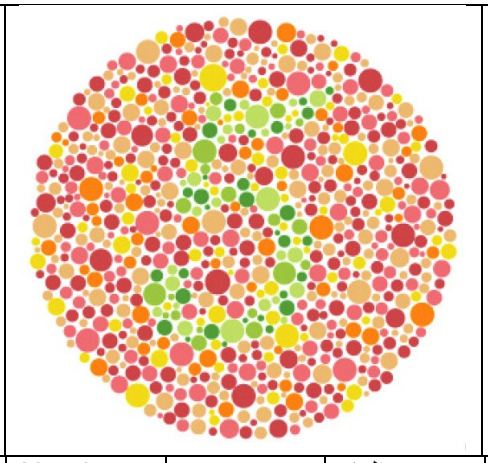
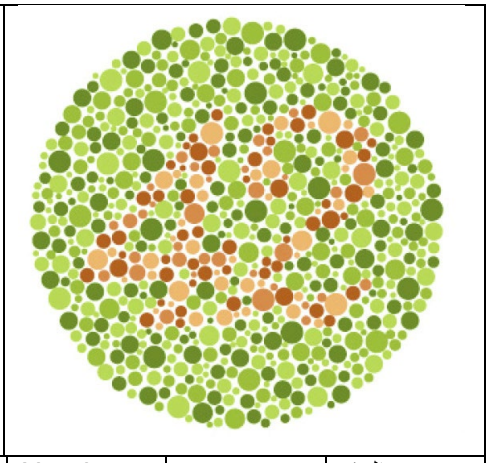
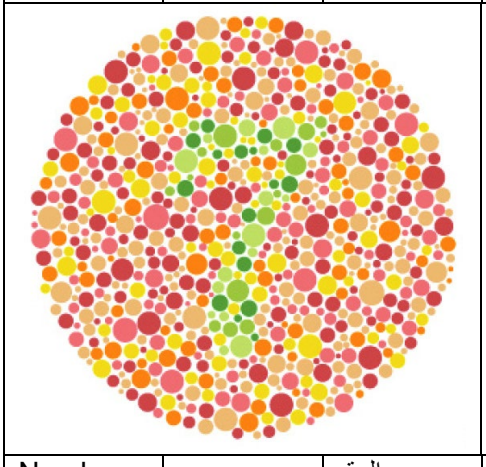
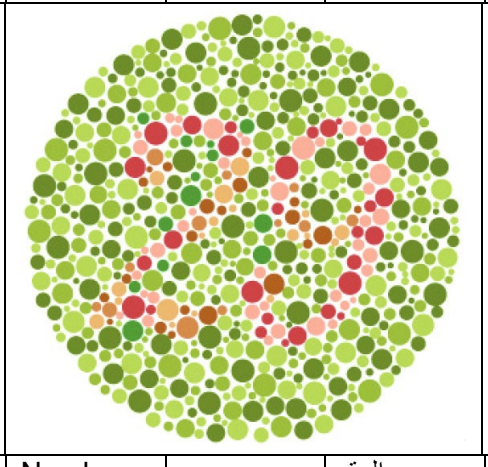
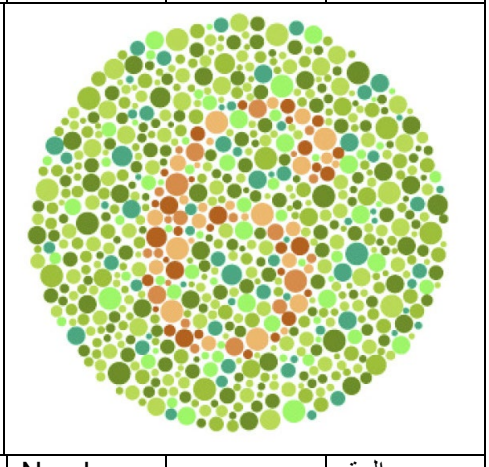
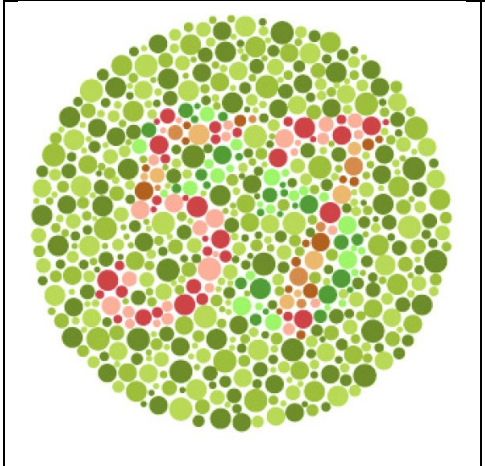
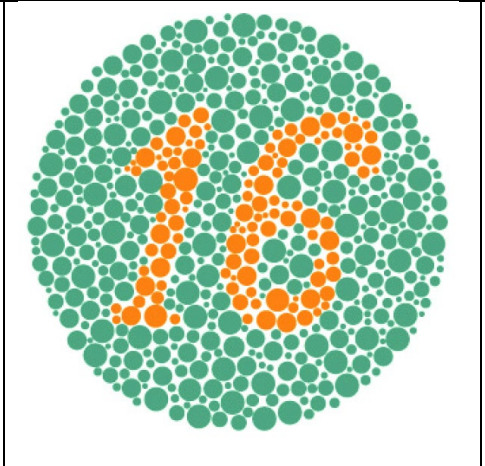
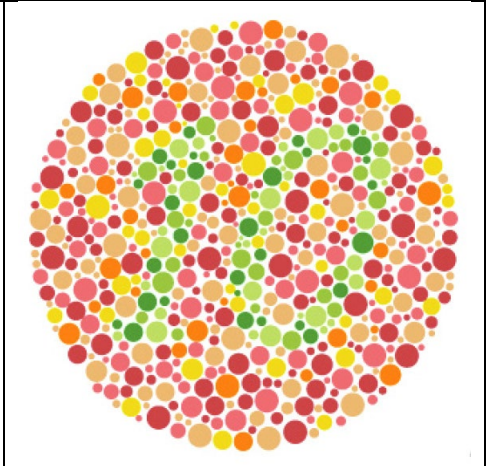
info@pcfc.ae P.O. Box 2001, Dubai, U.A.E. | ص.ب. 2001، دبي، الإمارات العربية المتحدة Call Center مركز الاتصال 800 990
@pcfc_dubai | www.pcfc.ae

Self Assessment			
No.	Description	Yes	No
1.	Does the applicant suffer from any heart, lung, or other disorder that might impair his performance?؟ هل يعاني مقدم الطلب من أي اضطرابات في القلب أو الرئتين أو غيرها قد تؤثر على أدائه		
2.	Is there defective vision? If so, can the defect be rectified by the use of spectacles? (Special attention should be given to colour vision). هل يعاني مقدم الطلب من ضعف في الرؤية؟ وإذا كان كذلك، هل يمكن تصحيح الضعف باستخدام النظارات الطبية؟ (يجب الاهتمام لرؤية الألوان).		
3.	Is there any hearing defect? هل يعاني مقدم الطلب من أي ضعف في السمع؟		
4.	Has the applicant any deformity, or loss of members which would impair his performance?؟ هل يعاني مقدم الطلب أي تشوه أو فقدان لأحد الأطراف قد يؤثر على أدائه		

info@pcfc.ae P.O. Box 2001, Dubai, U.A.E. | ص.ب. 2001، دبي، الإمارات العربية المتحدة مركز الاتصال Call Center 800 990
@pcfc_dubai | www.pcfc.ae

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		الرقم	Number		الرقم	Number		الرقم
								
Number		الرقم	Number		الرقم	Number		الرقم
								
Number		الرقم	Number		الرقم	Number		الرقم

info@pcfc.ae P.O. Box 2001, Dubai, U.A.E. | ص.ب. 2001، دبي، الإمارات العربية المتحدة مركز الاتصال Call Center 800 990
@pcfc_dubai | www.pcfc.ae