

РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
THE REPUBLIC OF BULGARIA

МЕДИЦИНСКО ЗАВЕДЕНИЕ <i>/наименование, телефон и факс /</i> MEDICAL INSTITUTION <i>/name, telephone and fax/</i>	
---	--

ИЗХ. № ____ / ____ / ____
дата / месец / година

СВИДЕТЕЛСТВО ЗА МЕДИЦИНСКА ГОДНОСТ

№ _____

SEAFARER MEDICAL FITNESS CERTIFICATE

Настоящото свидетелство удостоверява медицинската годност на изследваното лице, съгласно разпоредбите на Правило I/9 на Международната конвенция за вахтената служба и нормите за подготовка и освидетелстване на моряците 1978 г., както е изменена и Правило 1.2 на Морската трудова конвенция, 2006 г.

This Medical Certificate has been issued in accordance with the provisions of Regulation I/9 of the International Convention on Standards of Training, Certification and Watchkeeping, 1978, as amended and Regulation 1.2 of the Maritime Labour Convention, 2006.

ЛИЧНИ ДАННИ НА ЛИЦЕТО / SEAFARER'S PERSONAL INFORMATION			
ФАМИЛИЯ <i>FAMILY NAME</i>	ИМЕ <i>FIRST NAME</i>	ПРЕЗИМЕ <i>MIDDLE NAME</i>	ПОЛ: М / Ж <i>GENDER: M / F</i>
ДАТА НА РАЖДАНЕ <i>/дд,мм,гггг/</i> <i>DATE OF BIRTH /dd,mm,yyyy/</i>	МЕСТОРОЖДЕНИЕ <i>/ГРАД, ДЪРЖАВА/</i> <i>PLACE OF BIRTH</i> <i>/CITY, COUNTRY/</i>	ПАСПОРТ № или МОЛЯЩКА КНИЖКА №/ <i>PASSPORT No/DISCHARGE</i> <i>BOOK No</i>	ГРАЖДАНСТВО <i>NATIONALITY</i>
ИЗСЛЕДВАНЕ ЗА РАБОТА КАТО <i>EXAMINATION FOR DUTY AS A:</i>			

ДЕКЛАРАЦИЯ НА ОПРАВМОЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТ*
DECLARATION OF THE RECOGNIZED MEDICAL PRACTITIONER

С настоящето декларирам, че / *I hereby declare that:*

1	Медицинският преглед е извършен в съответствие с Ръководството на Международната организация по труда и на Международната морска организация за медицинските прегледи на морските лица и Наредбата за определяне на изискванията за здравословна годност на морските лица в Р България <i>The medical examination has been carried out in accordance with the ILO/IMO Guidelines on</i>
---	--

<i>the Medical Examinations of Seafarers and the Ordinance on medical fitness requirements for seafarers in the Republic of Bulgaria</i>			
2	При извършването на медицинския преглед съм проверил самоличността на лицето <i>I have checked the seafarer's identification documents at the point of examination</i>	ДА YES	НЕ NO
3	Слухът на лицето отговаря на стандартите, изложени в Раздел А-1/9 на Кодекса към Международната конвенция за вахтената служба и нормите за подготовка и освидетелстване на моряците от 1978 г. <i>The seafarer's hearing meets the standards in STCW Code, Section A-1/9</i>	ДА YES	НЕ NO
4	Слухът на лицето без помощни средства е задоволителен <i>The seafarer's unaided hearing is satisfactory</i>	ДА YES	НЕ NO
5	Зрителната острота отговаря на стандартите, изложени в Раздел А-1/9 на Кодекса към Международната конвенция за вахтената служба и нормите за подготовка и освидетелстване на моряците от 1978 г. <i>The seafarer's vision acuity meets the standards in STCW Code, Section A-1/9</i>	ДА YES	НЕ NO
6	Цветоусещането на лицето отговаря на стандартите, изложени в Раздел А-1/9 на Кодекса към Международната конвенция за вахтената служба и нормите за подготовка и освидетелстване на моряците от 1978 г. <i>The seafarer's colour vision meets the standards in STCW Code, Section A-1/9</i>	ДА YES	НЕ NO
	Дата на последния тест за цветоусещане (ден/месец/година) _____ / _____ / _____ <i>Date of the last colour vision test (dd/mm/yyyy)</i>		
7	Лицето може да изпълнява задължения по наблюдение <i>The seafarer is fit for lookout duties</i>	ДА YES	НЕ NO
8	Лицето не страда от заболяване, което може да се влоши в резултат от работа на море или да го направи негодно за работа на море или да застраши здравето на други лица на борда <i>The seafarer is free from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or render the seafarer unfit for such service or to endanger the health of other persons on board</i>	ДА YES	НЕ NO
9	Лицето е / <i>The seafarer is</i>		
	<input type="checkbox"/> ГОДНО ЗА РАБОТА <i>FIT</i>	<input type="checkbox"/> ГОДНО ЗА РАБОТА С НЕДОСТАТЪК <i>FIT WITH RESTRICTIONS</i> Причини/описание/ _____ _____ Reasons /justification/ _____ _____ Лечение / Treatment _____ _____	

<input type="checkbox"/> НЕГОДНО <i>NOT FIT</i>	<input type="checkbox"/> НЕГОДНО ДО ОТСТРАНЯВАНЕ НА НЕДОСТАТЪКА <i>NOT FIT UNTIL RESTRICTIONS LIFTED</i>
ЗА ДЛЪЖНОСТ: _____ <i>TO SERVE ON BOARD AS:</i>	

Дата на извършване на прегледа/ <i>Date of Examination</i>		Валидно до / <i>Expiry date of the Certificate</i>	
Име и квалификация на медицинското лице / <i>Name and degree of the medical practitioner</i>		Подпис на, лекаря с призната специалност по чл. 24, ал. 1, печат / <i>Signature of the Officially Authorized Medical Practitioner, stamp</i>	

С настоящото декларирам, че съм запознат със съдържанието на свидетелството и с правото на преразглеждане на заключението.

I hereby declare that I have been informed of the content of the Certificate and the right to get a review.

ПОДПИС НА МОРСКОТО ЛИЦЕ:
SEAFARER'S SIGNATURE:

Забележка: Лекарят с призната специалност по чл. 23, ал. 1 носи отговорност за достоверността на медицинските данни, представени в този документ.

Note: Medical practitioner recognized by the Bulgarian Maritime Administration to assess and certify the medical fitness of seafarers according to the provisions of Regulation I/9 of the Annex to the STCW Convention and Section A-I/9 of the STCW Code bears responsibility for the authenticity of the data presented in this document.