

(BAŞVURUYU YAPAN KURUMUN ADI)

Sayı : / /20

Konu :

SİVİL HAVACILIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜNE  
Gazi Mustafa Kemal Bulvarı 128/A, 06570 Maltepe/ANKARA

Kurumumuzda görev yapmakta olan Dr. .... ve Dr. ....'ın .../.../201.. – .../.../201.. tarihleri arasında Uçucu Sağlık Araştırma ve Eğitim Merkezi / ESKİŞEHİR’de düzenlenecek olan Uçuş Tabipliği Kursuna katılımını talep etmekteyiz.

Kurs başvurusu için istenen belgeler Ek’te sunulmaktadır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

(İMZA)

(Yetkili Adı-Soyadı)  
(Ünvanı)

**EKLER:**

- 1- Kurum/Kuruluş/İşletme Bilgi Formu
- 2- Kursiyer Bilgi Formu (.....adet)
- 3- Nüfus Kayıt Örneği (.....adet)
- 4- Taahhütname (.....adet)
- 5- Uçuş Tabipliği Kursu Başvuru ve Kontrol Formu

---

Kurum Adresi:

Tlf:

Fax:

Elektronik Ağ:

e-posta: