



Ansökan

Om medlemskap i Frivilliga Flygkåren – FFK

Texta tydligt

Namn:
Adress:
Postnr: Ort:
Tel Bostad : Tel Arb :
Mobil: Fax:
E-mail@.....

Yrke:
Personnummer:.....-..... Körkortsklass:

Länsflygavdelning: (Ringa in ditt val. Se även www.ffk.se välj adresser)
AB , C , D , E , F , G , H , I , K , LM , N , O , P , R , S , T , U , W , X , Y , Z , AC , BD
Önskar placering i följande grupp:

Civilt flyg	Militärt flyg	Ingen placering
KB <input type="checkbox"/> FIG <input type="checkbox"/>	HV <input type="checkbox"/> SIG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullgjort värnplikt : Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Truppslag:.....
Befälsutbildning: Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Grad:.....
Utbildad till:		

Certifikat: JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>	Certifikat Typ	Utfärdat år	Giltigt till
			20 - -
Class rating / Single Enging giltigt till 20 - -	Medical class _____	Giltigt till 20	- -

Flygplantyper:
.....
.....

Behörigheter		Flygtid total	Flygtid 12 mån
Flygplan			
Helikopter			
Flygmekaniker	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Instrumentbehörighet	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Mörkerutbildning	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Sjöutbildning	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Militär flygutbildning	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Artilleriflygutbildning	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Segelflygcert	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Avanceutbildning	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		
Fallskärmsfällning	JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>		

