

SINIF 3 SAĞLIK SERTİFİKASI BAŞVURU SÜRECİ (Hava Trafik Kontrolü Bölümü)

Başvuru sahibi, öncelikle SHGM (Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü) ile anlaşmalı yetkili hastaneye giderek ya da telefon ile hastane randevusunu almalıdır. Yetkili hastane listesine https://web.shgm.gov.tr/documents/sivilhavacilik/files/pdf/saglik_birimi/YSK-18-04.pdf adresinden ulaşılabilir. Hastane yetkilileri, başvuru süreci hakkında gerekli bilgilendirme ve yönlendirmeyi yapacaktır. Bu yönlendirme doğrultusunda, başvuru sahibi hastaneden randevu aldıktan sonra, sağlık sertifikası başvurusunu <https://ctm.shgm.gov.tr> adresi üzerinden tamamlamalıdır.

Başvuru Süreci

1. <https://ctm.shgm.gov.tr> adresine gidilir.
2. Açılan sayfada “e-Devlet ile Giriş Yap” seçeneği tıklanarak sisteme giriş yapılır.

3. Giriş yaptıktan sonra, ekranda iki farklı yetki seçeneği görüntülenir:
 - Kurum/Kuruluş
 - **Vatandaş**
4. Vatandaş seçeneği seçilerek işleme devam edilir.

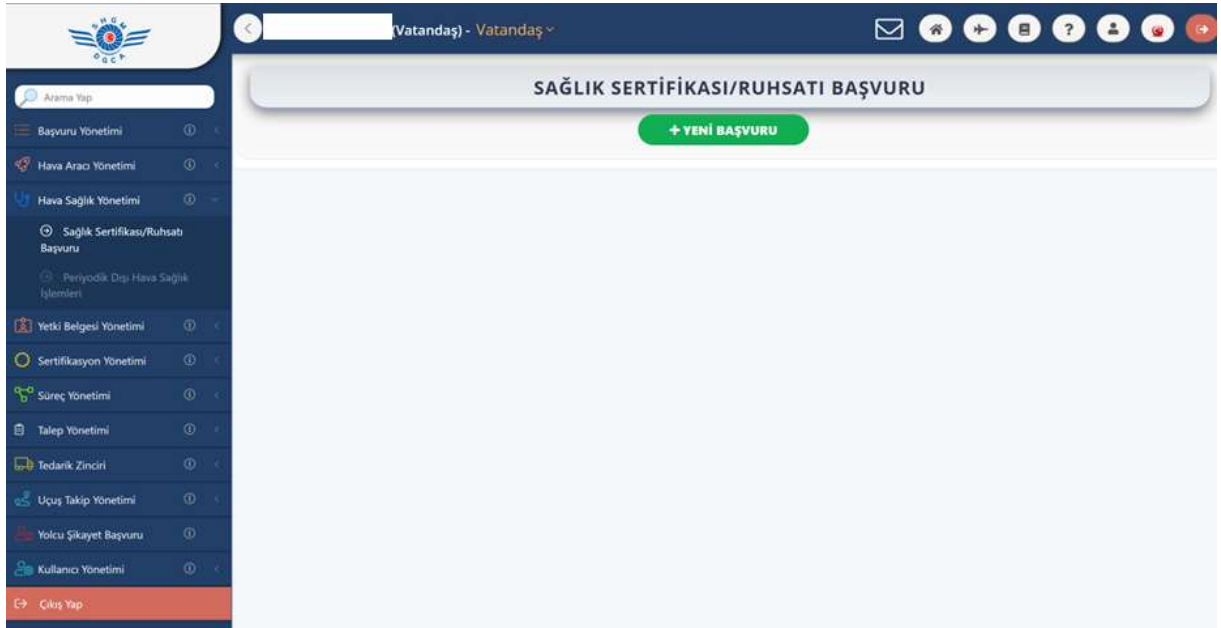
5. Sol menüden “Hava Sağlık Yönetimi” sekmesi seçilir.



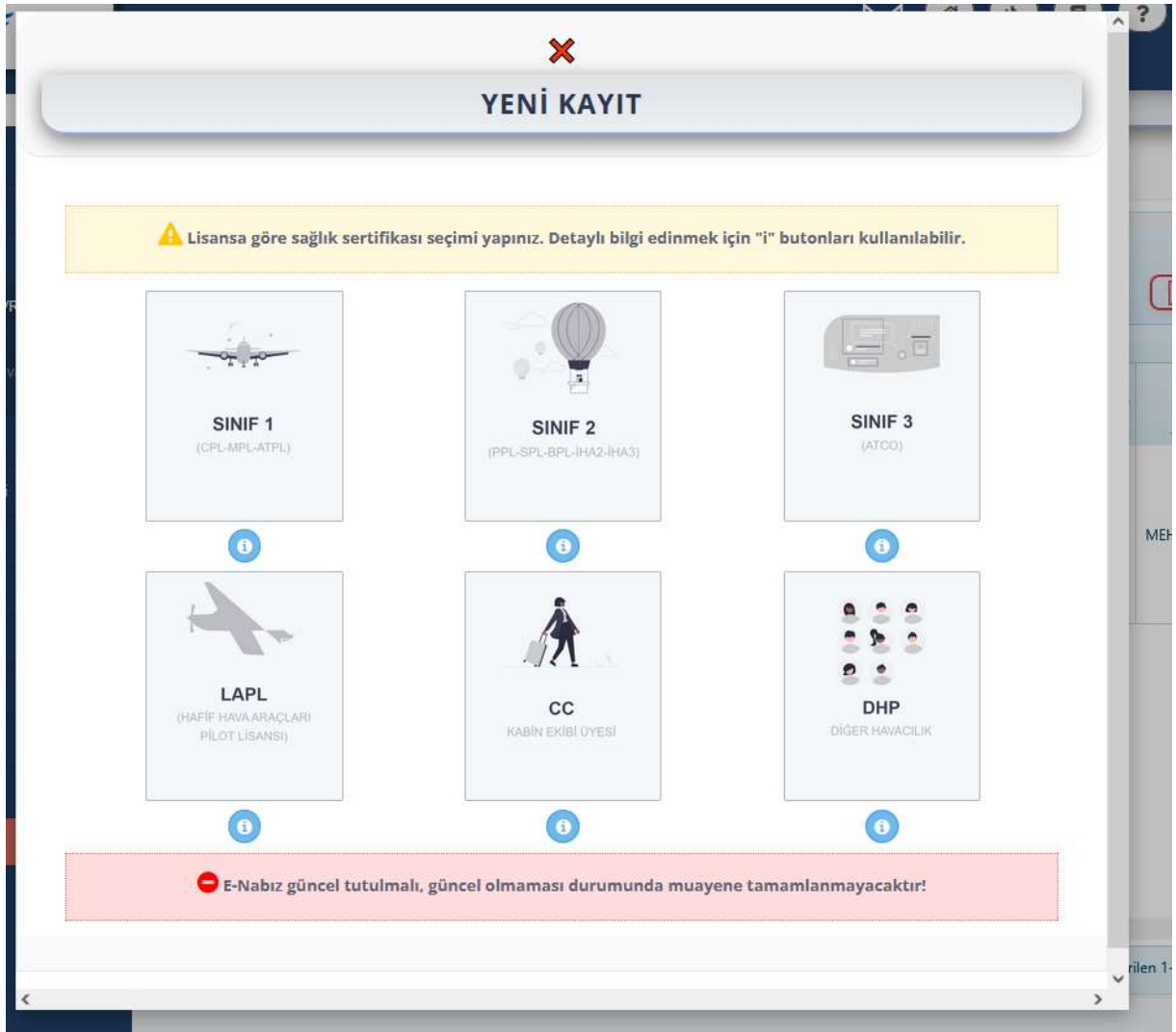
6. Açılan sayfada “Sağlık Sertifikası/Ruhsatı Başvuru” sekmesine tıklanır.

7. Sonrasında “+ YENİ BAŞVURU” butonuna tıklanarak başvuru süreci başlatılır.





8. Açılan ekranda “Sınıf 3 (ATCO)” seçilir.



9. Ardından gelen pencerede “İlk Veriliş” seçeneği tıklanır.

✕

YENİ KAYIT

Geri

⚠ Kontrol Tipi Seçiniz

İLK VERİLİŞ

i

YENİLEME

i

TEMDİT

i

CİDDİ OLAY

i

YENİDEN BELGE DÜZENLEME
(KAYIP, SOYADI DEĞİŞİKLİĞİ, vs.)

i

ELVERİŞSİZLİĞE İTİRAZ

i

Geri

10. Sayfanın en altında yer alan “Bilgileri okudum, anladım ve kabul ediyorum” kutucuğu işaretlenir. Ardından “İLERİ” butonuna tıklanarak sonraki aşamaya geçilir.

Psikiyatri

i

*Anamnez (Tıbbi Geçmiş ve Detaylı Psikiyatri Değerlendirmesi)

☐ Bilgilendirmeyi okudum, anladım ve kabul ediyorum.

i

Sivil Havacılık Tıbbi Mevzuatı gereği yaptırılması zorunlu sağlık muayenesi işlemleri "*" ile belirtilmiştir. Gerek görülmesi halinde ilgili branş hekimi tarafından her türlü ek işlem yapılması istenebilir. Yapılan tüm muayene, tahlil ve tetkik işlemlerinin Uçuş Tabibi (AME) randevusu öncesinde yaptırılarak tamamlanmış olması ve işlem sonuçlarının Uçuş Tabibi tarafından erişilerek görüntülenebiliyor olması gerekmektedir. Uçuş tabibi tarafından da gerek görülmesi durumunda her türlü ek işlem yapılması istenebilir. Ekranda gördüğünüz "i" butonlarına tıklayarak detaylı bilgi edinebilir, sağ üstte ve sağ altta bulunan "Pdf" butonuna tıklayarak listenin çıktısını alabilirsiniz.

Pdf

Geri

İleri

11. Açılan ekranda Ön Beyan Formu eksiksiz bir şekilde doldurulur. Bilgilerin doğruluğu onaylandıktan sonra tekrar “İLERİ” butonuna tıklanarak sonraki aşamaya geçilir.

YENİ KAYIT

Geri

İleri

SINIF 1 | İlk Veriliş - Ön Beyan Formu

1

Aşağıdakilerden herhangi birini hiç geçirdiniz mi, veya böyle bir hastalığınız var mı? Her soru için EVET veya HAYIR (veya belirtildiği gibi) işaretlenmelidir. EVET şeklindeki cevapları açıklamalar bölümünde belirtiniz.

Genel

1.) Havacılık sağlık sertifikası almanızın reddedildiği, sertifikanızın geri alındığı veya askıya alındığı oldu mu?

☐ EVET

☐ HAYIR

2.) Herhangi bir sebepten dolayı hastanede yatışınız oldu mu?

☐ EVET

☐ HAYIR

3.) Herhangi bir ameliyat geçirdiniz mi?

☐ EVET

☐ HAYIR

4.) Herhangi bir yaralanma öykünüz var mı?

☐ EVET

☐ HAYIR

5.) Hayat sigortası reddiniz var mı?

☐ EVET

☐ HAYIR

Göğüs Hastalıkları

1.) Astım, KOAH, Tüberküloz (verem) gibi herhangi bir akciğer hastalığınız var mı? Akciğerlerinizden ameliyat oldunuz mu?

☐ EVET

☐ HAYIR

2.) Ailenizde tüberküloz (verem) hastalığı olan var mı?

☐ EVET

☐ HAYIR

☐ Kendi beyanım olduğunu ve doğruluğunu onaylıyorum.

1

Aşağıdakilerden herhangi birini hiç geçirdiniz mi, veya böyle bir hastalığınız var mı? Her soru için EVET veya HAYIR (veya belirtildiği gibi) işaretlenmelidir. EVET şeklindeki cevapları açıklamalar bölümünde belirtiniz.

Geri

İleri

12. Ardından gelen sayfada, **İlk Veriliş Başvuru Bilgileri** eksiksiz ve doğru şekilde doldurulur.

YENİ KAYIT

Şirket : Seçim Yapınız

*Randevu Alınacak İl : Seçim Yapınız

*Cep Telefonu :

*Mail Adresi :

*Adres :

*E-Nabız Hızlı Paylaşım Linki :

*E-Nabız Hızlı Paylaşım Şifresi :

☐ e-Nabız Hızlı Paylaşım Linkinin ve Şifresinin Doğru Olduğunu Onaylıyorum

☐ E-Nabız Paylaşım Linkimi ve Şifresini 90 Gün Boyunca Silmeyeceğimi, Talep Edilmesi Halinde Yetkili Uçuş Tabibi (AME) ve Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü ile Her Zaman Paylaşmam Gerektigini Biliyorum ve Onaylıyorum.

☐ KVKK ve Aydınlatma Metnini Okudum, Anladım, Onaylıyorum.

☐ Okudum ve Onaylıyorum

[Açık Rıza Metnini Görüntüle](#)

[Geri](#) [İleri](#)

13. Son olarak sistemde sunulan takvim üzerinden **size uygun randevu tarihi ve saati seçilir.**
14. Belirlenen gün ve saatte, seçtiğiniz yetkili havacılık hastanesine gidilerek sağlık muayenesi gerçekleştirilir.