

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / *Croatian Civil Aviation Agency*

Ulica grada Vukovara 284_10 000 Zagreb_Tel.: +385 1 2369 300_Fax.: +385 1 2369 301

e-mail: ccaa@ccaa.hr

ISPUNJAVA IMATELJ DOZVOLE/CERTIFIKATA O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI

→ **OBRAZAC PREDATI AeMC/AME**

U potpunosti ispuniti obrazac velikim tiskanim slovima i predati vlastoručno potpisani obrazac. U prilogu dostaviti presliku dozvole i certifikata o zdravstvenoj sposobnosti i relevantnu medicinsku dokumentaciju. *Intirely fill in the form with capital letters and submit it with own hand signature.*

MEDICAL IN CONFIDENCE

Prezime i ime <i>Last and first name</i>	
Mjesto i datum rođenja <i>Place and Date of birth (dd / mm / yyyy)</i>	
Adresa, e-mail, telefon <i>Address, E-mail, Phone</i>	
Kategorija zdravstvene sposobnosti <i>Class of medical fitness</i>	Obrazloženje <i>Explanation</i>
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> CABIN CREW MEDICAL REPORT	
Vrsta dozvole koju posjedujem <i>Type of licence held</i>	
<p>Imatelji dozvola pilota za nastavak korištenja svojih privilegija, moraju, bez pretjeranog odgađanja, zatražiti zrakoplovno-medicinski savjet u AeMC-u ili od AME-a, ako su:</p> <input type="checkbox"/> bili na kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; <input type="checkbox"/> prepisana im je redovita uporaba bilo kakvih lijekova; <input type="checkbox"/> pretrpjeli su bilo kakvu osobnu ozljedu koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; <input type="checkbox"/> bolovali su od bilo kakve bolesti koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; <input type="checkbox"/> su trudni; <input type="checkbox"/> su primljeni u bolnicu ili kliniku; <input type="checkbox"/> prvi zahtjev za nošenje korekcijskih leća.	
<p>Članovi kabinske posade moraju, bez odgađanja, potražiti savjet AME-a, AeMC-a ili ovlaštenog OHMP-a ako su:</p> <input type="checkbox"/> bili na kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; <input type="checkbox"/> prepisana im je redovita uporaba bilo kakvih lijekova; <input type="checkbox"/> pretrpjeli su bilo kakvu osobnu ozljedu koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; <input type="checkbox"/> bolovali su od bilo kakve bolesti koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; <input type="checkbox"/> su trudni.	
<p>Imatelji certifikata o zdravstvenoj sposobnosti kategorije 3 moraju bez nepotrebnog odlaganja i prije korištenja privilegija svoje dozvole zatražiti zrakoplovno-medicinski savjet ako:</p> <input type="checkbox"/> su bili podvrgnuti kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; <input type="checkbox"/> im je prepisano redovito uzimanje bilo kakvih lijekova; <input type="checkbox"/> su pretrpjeli bilo kakvu značajniju tjelesnu ozljedu koja uključuje nesposobnost korištenja privilegija dozvole; <input type="checkbox"/> su bolovali od bilo kakve značajnije bolesti koja uključuje nesposobnost korištenja privilegija dozvole; <input type="checkbox"/> su u drugom stanju; <input type="checkbox"/> su primljeni u bolnicu ili kliniku; <input type="checkbox"/> prvi put trebaju nositi korekcijske leće.	
Datum <i>Date</i>	Potpis <i>Signature</i>

AeMC ili AME mora procijeniti zdravstvenu sposobnost imatelja dozvole ili studenta (imatelja certifikata) i odlučiti je li osoba sposobna za nastavak korištenja svojih privilegija.

AeMC, AME ili OHMP mora procijeniti zdravstvenu sposobnost članova kabinske posade i odlučiti da li su sposobni za nastavak svojih sigurnih dužnosti.

ISPUNJAVA AME/AeMC

**→ DOSTAVITI PODNOSITELJU
 MEDICAL IN CONFIDENCE**

Zaključno mišljenje o zdravstvenoj sposobnosti u vezi sa smanjenjem zdravstvene sposobnosti

Prezime i ime <i>Last and first name</i>
Mjesto i datum rođenja <i>Place and Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>
Kategorija zdravstvene sposobnosti <i>Class of medical certificate</i> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> KABINSKA POSADA
Temeljem: <input type="checkbox"/> uvida u medicinsku dokumentaciju, <input type="checkbox"/> obavljenog testiranja i/ili dijagnostičkih postupaka/ispitivanja, <input type="checkbox"/> liječničkog pregleda, obavljena je procjena zdravstvene sposobnosti i odlučeno je da je, u odnosu na zahtjeve propisane Uredbom Komisije (EU) broj 1178/2011 ili Uredbom Komisije (EU) broj 340/2015, gore navedeni imatelj dozvole/potvrde o osposobljenosti: <input type="checkbox"/> sposoban za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti. <input type="checkbox"/> nesposoban za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti. <input type="checkbox"/> TRAJNO <input type="checkbox"/> PRIVREMENO DO: _____ <input type="checkbox"/> Ponovna procjena - datum: _____ <input type="checkbox"/> Nije donijeta ocjena zdravstvene sposobnosti. Razlog:
Zrakoplovno-medicinski savjet/uputa:
Datum <i>Date</i>
AME potpis, faksimil i žig AME signature and stamp

AeMC ili AME može, u vezi sa smanjenjem zdravstvene sposobnosti imatelja dozvole ili potvrde o osposobljenosti, obavijestiti poslodavca o ocjeni zdravstvene sposobnosti - da li je sposoban za nastavak korištenja svojih privilegija.

ISPUNJAVA AME/AeMC

→ DOSTAVITI POSLODAVCU ukoliko je primjenjivo)

OBAVIJEST POSLODAVCU (naziv/adresa):

Zaključno mišljenje o zdravstvenoj sposobnosti u vezi sa smanjenjem zdravstvene sposobnosti imatelja dozvole ili potvrde o osposobljenosti

Prezime i ime <i>Last and first name</i>
Mjesto i datum rođenja <i>Place and Date of birth (dd/mm/yyyy)</i>
Kategorija zdravstvene sposobnosti <i>Class of medical certificate</i> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> KABINSKA POSADA
Obavljena je procjena zdravstvene sposobnosti i odlučeno je da je, u odnosu na zahtjeve propisane Uredbom Komisije (EU) broj 1178/2011 ili Uredbom Komisije (EU) broj 340/2015, gore navedeni imatelj dozvole/potvrde o osposobljenosti: <input type="checkbox"/> sposoban za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti. <input type="checkbox"/> nesposoban za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti. <input type="checkbox"/> TRAJNO <input type="checkbox"/> PRIVREMENO DO: _____ <input type="checkbox"/> Ponovna procjena - datum: _____ <input type="checkbox"/> Nije donijeta ocjena zdravstvene sposobnosti. Razlog (ukoliko nije medicinski povjerljiv): Uputa (ukoliko je primjenjivo):
Datum <i>Date</i>
AME potpis, faksimil i žig AME signature and stamp