

Napomena: Ovaj zahtjev se prvenstveno dostavlja na adresu: pisarnica@ccaa.hr, uz kvalificirani elektronički potpis.
U papirnom obliku ovaj zahtjev se podnosi neposredno ili se šalje poštom na adresu navedenu u zaglavlju.

OBAVEZNO UPISATI SVE POTREBNE PODATKE U OBRASCU!

Prostor za urudžbeni zapisnik

IZJAVA EVALUACIJSKOG TIMA O SUKLADNOSTI FSTD-a

Dostaviti najkasnije 7 dana prije zatraženog odnosno dogovorenog datuma početka evaluacije.

☐	Inicijalna evaluacija FSTD-a
☐	Posebna evaluacija FSTD-a
Referenca predmeta Zahtjev za izdavanje certifikata kvalifikacije FSTD-a (KLASA):	
FSTD uređaj	
Zahtijevana razina kvalifikacije	
Operatorova oznaka uređaja	
Proizvođač FSTD-a	
Serijski broj platforme	
Operator - tvrtka	
Ulica i broj	
Poštanski broj	
Grad	

Evaluacijski tim u sastavu:			
Ime i prezime	Kvalifikacija/svojstvo	Organizacija	Potpis
	<i>npr: tehničar</i>	<i>proizvođač / operator</i>	
	<i>npr: pilot, br. dozvole</i>	<i>proizvođač / operator</i>	
	<i>npr: inženjer leta, br. dozvole</i>	<i>proizvođač / operator</i>	
<i>Dodati retke po potrebi.</i>			

proveo je evaluaciju predmetnog FSTD, te članovi izjavljuju:	
☐ FFS/FTD	potvrđujemo da predmetni FSTD odgovara konfiguraciji pilotske kabine simuliranog tipa aviona/helikoptera kako je zahtijevano traženom razinom kvalifikacije te da simulirani sustavi i podsustavi funkcioniraju odgovarajuće onima u simuliranom tipu aviona/helikoptera. Piloti članovi evaluacijskog tima vrednovali su performanse i letne osobine FSTD-a i utvrdili su da one odgovaraju avionu/helikopteru kojeg on predstavlja.
☐ FNPT	potvrđujemo da predmetni FSTD predstavlja okruženje pilotske kabine simuliranog aviona/helikoptera odnosno klase aviona/tipa helikoptera kako je zahtijevano traženom razinom kvalifikacije te djeluje da simulirani sustavi funkcioniraju kao oni u simuliranoj klasi aviona/tipu helikoptera. Piloti članovi evaluacijskog tima vrednovali su performanse i letne osobine FSTD-a i utvrdili su da one odgovaraju klasi aviona/tipu helikoptera kojeg on predstavlja.
Dodatne napomene:	
Izjavljujem da: - je testiranje FSTD uređaja obavljeno na mjestu budućeg operiranja, - FSTD uređaj udovoljava svim zahtjevima, - su svi u ovoj izjavi navedeni podatci točni i potpuni.	
Mjesto i datum:	Ime, prezime i potpis ovlaštene osobe operatora:
_____	_____