

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / *Croatian Civil Aviation Agency*  
Odjel usluga u zračnoj plovidbi i upravljanja zračnim prometom  
Buzinski krči 5, Buzin, 10 010 Zagreb  
Tel.: +385 1 2369 300; Fax.: +385 1 2369 301  
e-mail: [nsa@ccaa.hr](mailto:nsa@ccaa.hr)

1. PODACI O PODNOSITELJU ZAHTJEVA / <i>APPLICANT'S DETAILS</i>	
1.1	Naziv organizacije pod kojim će se obavljati djelatnost: <i>Name of organisation under which the activity is to take place:</i>
1.2	Adresa (registrirana adresa) / <i>Address (registered business address):</i>
1.3	OIB organizacije / <i>Organisation's personal identification no.:</i>
1.4	Broj telefona / <i>Telephone no.:</i>
1.5	E-mail:
1.6	Web stranica / <i>web page:</i>
1.7	Kontakt osoba / <i>Contact person:</i>
1.8	Ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje (temeljem zakona ili punomoći) <i>/ First and last name of the authorized person (based on law or given authorization)</i>
1.9	Adresa osobe ovlaštene za zastupanje / <i>Address of the authorized person<sup>1</sup></i>
1.10	OIB osobe ovlaštene za zastupanje / <i>Personal identification no. of the authorized person</i>

2. DODATNE LOKACIJE / <i>ADDITIONAL LOCATIONS</i> <input type="checkbox"/> DA / <i>YES</i> <input type="checkbox"/> NE / <i>NO</i>	
2.1	Naziv i adresa lokacije / <i>Name and location address</i>
2.2	Broj telefona / <i>Telephone no.:</i>
2.3	E-mail:

Molimo kopirati ovu tablicu za dodavanje dodatnih lokacija. / *Please duplicate this table to add further locations.*

<sup>1</sup> Popunjava se samo za ovlaštene zastupnike po punomoći. Ako je osoba za zastupanje ovlaštena temeljem punomoći, punomoć se mora priložiti. / *Fulfil only if applicable, for authorized person. Given authorization must be submitted, as well.*

**3. VRSTA OSPOSOBLJAVANJA KOJE SE NAMJERAVA PROVODITI / TYPE OF TRAINING INTENDED TO BE PROVIDED**

Napomena: Potrebno je označiti najmanje jedan tečaj osposobljavanja uz označenu vrstu osposobljavanja /  
Note: Please mark at least one training course from marked type of training

INICIJALNO OSPOSOBLJAVANJE / ATCO INITIAL TRAINING

Osnovno Osposobljavanje / Basic Training

Osposobljavanje Za Ovlaštenje / Rating Training

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ADC | <input type="checkbox"/> SUR                              |
| <input type="checkbox"/> APS | <input type="checkbox"/> PAR <input type="checkbox"/> SRA |
| <input type="checkbox"/> ACS | <input type="checkbox"/> OCN                              |
| <input type="checkbox"/> ACP | <input type="checkbox"/> OCN                              |
| <input type="checkbox"/> APP |   |

OSPOSOBLJAVANJE ZA LOKACIJU / UNIT TRAINING

Navesti lokaciju (-e) / Name the Unit(s)

KONTINUIRANO OSPOSOBLJAVANJE / CONTINUATION TRAINING

Osposobljavanje za obnovu znanja / Refresher training

Osposobljavanje za konverziju / Conversion training

OSPOSOBLJAVANJE ZA INSTRUKTORA ZA PRAKTIČNO OSPOSOBLJAVANJE / PRACTICAL INSTRUCTOR TRAINING

OJTI

STDI

OSPOSOBLJAVANJE ZA OCJENJIVAČA / ASSESSOR TRAINING

**4. ODGOVORNO OSOBLJE ORGANIZACIJE / RESPONSIBLE PERSONNEL OF ORGANISATION**

**4.1 Odgovorni rukovoditelj / Accountable Manager (CEO)**

Ime i prezime / Name and surname:

Broj telefona / Telephone number:

E-mail:

**4.2 Voditelj organizacije za osposobljavanje / Head of the Training Organisation**

Ime i prezime / Name and surname:

Broj telefona / Telephone number:

E-mail:

**4.3 Kontakt osoba za komunikaciju s HACZ-om / Contact person for communication with CCAA**

Ime i prezime / Name and surname:

Broj telefona / Telephone number:

E-mail:

**5. Datum početka planiranih aktivnosti / Date of intended start of activity**

**6. Procesi sustava upravljanja / Management system processes**

**5. Popis dokumentacije koja se prilaže uz ovaj zahtjev / List of documentation to be provided with the application**

**6. Izjava odgovornog rukovoditelja / Accountable Manager Declaration**

Ja, \_\_\_\_\_ (ime i prezime odgovornog rukovoditelja) u ime  
\_\_\_\_\_ (naziv organizacije) potvrđujem da su sve gore navedene  
informacije potpune i točne te da ova organizacija udovoljava svim primjenjivim zahtjevima u svako vrijeme.

I, \_\_\_\_\_ (name and surname of Accountable Manager)  
on behalf of \_\_\_\_\_ (name of organisation) certify that the all  
above information given is complete and correct, and that this organisation complies with all applicable requirements at  
all times.

Potpis / Signature:

Potpis ovlaštene osobe za zastupanje /  
Authorized Person signature

Datum / Date: