

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / Croatian Civil Aviation Agency

Buzinski krči 5, Buzin, 10 010 Zagreb_Tel.: +385 1 2369 300 e-mail: aeromedical@ccaa.hr

ISPUNJAVA IMATELJ DOZVOLE / CERTIFIKATA O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI
TO BE COMPLETED BY THE HOLDER OF THE LICENSE / MEDICAL CERTIFICATE

➔ **OBRAZAC PREDATI AeMC/AME**

➔ **SUBMIT THE FORM TO 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. *Entirely fill in the form with capital letters and submit it with your own hand signature.*

MEDICAL IN CONFIDENCE

Prezime i ime <i>Last and first name</i>	Datum rođenja <i>Date of birth (dd / mm / yyyy)</i>
OIB	Adresa, e-mail, telefon <i>Address, E-mail, Phone</i>
Kategorija zdravstvene sposobnosti <i>Class of medical fitness</i> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> CABIN CREW MEDICAL	Kratko obrazloženje <i>A short explanation</i>
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: HOLDERS OF A PILOT LICENCE shall, without undue delay and before exercising the privileges of their licence, seek aero-medical advice from the AeMC or AME, when they:</p> <p><input type="checkbox"/> bili na kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; <i>have undergone a surgical operation or invasive procedure;</i></p> <p><input type="checkbox"/> prepisana im je redovita uporaba bilo kakvih lijekova; <i>have commenced the regular use of any medication;</i></p> <p><input type="checkbox"/> pretrpjeli su bilo kakvu osobnu ozljedu koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; <i>have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;</i></p> <p><input type="checkbox"/> bolovali su od bilo kakve bolesti koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; <i>have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;</i></p> <p><input type="checkbox"/> su trudni; <i>are pregnant;</i></p> <p><input type="checkbox"/> su primljeni u bolnicu ili kliniku; <i>have been admitted to hospital or medical clinic</i></p> <p><input type="checkbox"/> prvi zahtjev za nošenje korekcijskih leća. <i>first require correcting lenses.</i></p>	
<p>ČLANOVI KABINSKE POSADE moraju, bez odgađanja, potražiti savjet AME-a, AeMC-a ili OHMP-a ako su: CABIN CREW MEMBERS shall, without undue delay, seek the advice of an AME, AeMC or OHMP, when they:</p> <p><input type="checkbox"/> bili na kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; <i>have undergone a surgical operation or invasive procedure;</i></p> <p><input type="checkbox"/> prepisana im je redovita uporaba bilo kakvih lijekova; <i>have commenced the regular use of any medication;</i></p> <p><input type="checkbox"/> pretrpjeli su bilo kakvu osobnu ozljedu koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; <i>have suffered any significant personal injury involving incapacity to function as a member of the flight crew;</i></p> <p><input type="checkbox"/> bolovali su od bilo kakve bolesti koja uključuje nesposobnost funkcioniranja kao člana letačke posade; <i>have been suffering from any significant illness involving incapacity to function as a member of the flight crew;</i></p> <p><input type="checkbox"/> su trudni. <i>are pregnant.</i></p>	
<p>ATCO.MED.A.020</p> <p>IMATELJI DOZVOLA KONTROLORA ZRAČNOG PROMETA moraju bez nepotrebnog odlaganja i prije korištenja privilegija svoje dozvole zatražiti zrakoplovno-medicinski savjet ako: HOLDERS OF A ATCO LICENCE shall, without undue delay and before exercising the privileges of their licence, seek aero-medical advice when they:</p> <p><input type="checkbox"/> su bili podvrgnuti kirurškoj operaciji ili invazivnom postupku; <i>have undergone a surgical operation or invasive procedure;</i></p> <p><input type="checkbox"/> im je prepisano redovito uzimanje bilo kakvih lijekova; <i>have commenced the regular use of any medication;</i></p> <p><input type="checkbox"/> su pretrpjeli bilo kakvu značajniju tjelesnu ozljedu koja uključuje nesposobnost korištenja privilegija dozvole; <i>have suffered any significant personal injury involving any incapacity to exercise the privileges of the licence;</i></p> <p><input type="checkbox"/> su bolovali od bilo kakve značajnije bolesti koja uključuje nesposobnost korištenja privilegija dozvole; <i>have been suffering from any significant illness involving any incapacity to exercise the privileges of the licence;</i></p> <p><input type="checkbox"/> su u drugom stanju; <i>are pregnant;</i></p> <p><input type="checkbox"/> su primljeni u bolnicu ili kliniku; <i>have been admitted to hospital or medical clinic;</i></p> <p><input type="checkbox"/> prvi put trebaju nositi korekcijske leće. <i>first require correcting lenses.</i></p>	
Datum <i>Date</i>	Potpis <i>Signature</i>

ISPUNJAVA AME/AeMC
TO BE COMPLETED BY AME/AeMC

→ DOSTAVITI POSLODAVCU ukoliko je primjenjivo)
→ *DELIVERY TO THE EMPLOYER (if applicable)*

POSLODAVAC (naziv/adresa): *EMPLOYER (name/address):*

Obavijest poslodavcu u vezi sa smanjenjem zdravstvene sposobnosti zaposlenika - imatelja dozvole ili potvrde o osposobljenosti
Notification to the employer regarding the decrease in medical fitness of the employee - holder of a license or attestation

Prezime i ime
Last and first name

Mjesto i datum rođenja
Place and Date of birth (dd/mm/yyyy)

Obavljena je procjena zdravstvene sposobnosti - u odnosu na zahtjeve propisane Uredbom Komisije (EU) broj 1178/2011 ili Uredbom Komisije (EU) broj 340/2015, kako su izmijenjene i dopunjene, gore navedeni imatelj dozvole/potvrde o osposobljenosti, Vaš zaposlenik je:

- SPOSOBAN za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti. *FIT to exercise the privileges of the license or duty.*
- PRIVREMENO NESPOSOBAN za nastavak korištenja privilegija dozvole ili dužnosti do: _____ Ponovna procjena dana: _____
TEMPORARILY unfit to exercise the privileges of license or duty until; The assessment should be repeated on:
- NESPOSOBAN - sukladno važećim odredbama nadležnog propisa imatelj dozvole se ne može ocijeniti sposobnim.
UNFIT - in accordance with the valid provisions of the competent regulation, the holder of the license/attestation cannot be assessed as fit.
- Nije donijeta ocjena zdravstvene sposobnosti. Razlog: _____
No medical fitness assessment was made. Reason: (obрати pažnju na medicinsku povjerljivost / pay attention to medical confidentiality)

UPUTA POSLODAVCU (ukoliko je primjenjivo): *INSTRUCTION TO THE EMPLOYER (if applicable):*

Datum
Date

AME potpis i žig
AME signature and stamp