HRVATSKA AGENCIJA ZA CIVILNO ZRAKOPLOVSTVO

Zahtjev za zrakoplovno-medicinske ispitivače (AME)

Application form for Aero-medical examiners (AME)

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / *Croatian Civil Aviation Agency*
Buzinski krči 5, Buzin, 10 010 Zagreb; +38512369 300; aeromedical@ccaa.hr

Obrazac ispuniti velikim tiskanim slovima u primjenjivim poljima i predati vlastoručno potpisani obrazac. *Entirely fill in the form with capital letters and submit it with your own hand signature.* **Uz zahtjev predati samo primjenjivi dodatak (vidi niže) i priloge (vidi upute na predzadnjoj stranici). / *With the application submit only applicable appendices (see instructions on last page).***

CERTIFIKAT ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKOG ISPITIVAČA (AME) / *AERO-MEDICAL EXAMINER (AME)*
Privilegije za kategoriju / *Privileges for class*: ☐ **1** ☐ **2** ☐ **LAPL** ☐ **3**

☐ **INICIJALNO IZDAVANJE** / *INITIAL* **- ispuniti Dodatak 1, 2 i 3**

☐ **PRODULJENJE** / *REVALIDATION* **- ispuniti Dodatak 1 i 4**

☐ **OBNAVLJANJE** / *RENEWAL* **- ispuniti Dodatak 1, 2 i 3**

☐ **PROŠIRENJE PRIVILEGIJA NA KATEGORIJU 1 ili/i 3** / *EXTENSION OF PRIVILEGES TO CLASS 1 or/and 3* **- ispuniti Dodatak 4**

☐ **PRIJAVA PROMJENE (navedi)** / *CHANGE (specify)* **- ispuniti relevantne Dodatke**:

_____

BROJ AME CERTIFIKATA / AME *Certificate Number* (Ukoliko je primjenjivo / *If applicable)*		
IME I PREZIME / *Name and Surname*		
OIB / *Personal number for Croatian citizens*		
ADRESA / *Address*		
LOKACIJA/E OBAVLJANJA AME PRAKSE (naziv i adresa) / *AME Practice location(s) (name and address)*		OIB:
		OIB:

Izjavljujem da su sve informacije upisane na ovom obrascu i njegovim prilozima točne i istinite.
I declare that the information on this form and appendices is correct and true.

Izjavljujem kako ne posjedujem AME certifikat u jednakom opsegu i istoj kategoriji izdanu od strane druge zemlje članice Europske Unije, kako nisam podnio zahtjev za AME certifikat u jednakom opsegu ili istoj kategoriji drugoj zemlji članici Europske Unije i kako nikad nisam posjedovao AME certifikat u jednakom opsegu ili iste kategorije izdanu od strane druge zemlje članice Europske Unije koja je ukinuta ili suspendirana od bilo koje zemlje članice Europske Unije.
I declare that I don't hold AME certificate with the same scope and in the same category issued in another Member State, that I have not applied for AME certificate with the same scope and in the same category in another Member State; and that I have never held AME certificate with the same scope and in the same category issued in another Member State which was revoked or suspended in any other Member State. (AMC1 ARA.GEN.315(a))

Izjavljujem da imam odgovarajuće prostorije, procedure, dokumentaciju i funkcionalnu opremu prikladnu za zrakoplovne liječničke preglede, te uspostavljene potrebne procedure i uvjete kako bi se osigurala medicinska povjerljivost.
I declare that I have adequate facilities, procedures, documentation and functioning equipment suitable for aero-medical examinations and have in place the necessary procedures and conditions to ensure medical confidentiality.

Mjesto i datum / *Place and Date*	Potpis podnositelja / *Signature of applicant*

DODATAK 1 **/** ***Annex 1*** **– OSNOVNI PODACI /** ***BASIC DATA***	
DATUM ROĐENJA / *Date of Birth*	
TELEFON / *Phone*	
TELEFON za stranke (objava na web stranici HACZ) / *Phone for customers (announcement on the CCAA website)*	
MOBILNI TELEFON / *Mobile Phone*	
E-MAIL za stranke (objava na web stranici HACZ) / *E-MAIL for customers (announcement on the CCAA website)*	
E-MAIL za komunikaciju sa HACZ (EAMR/EMPIC) / *E-MAIL for communication with HACZ (EAMR/EMPIC)*	
ZNANSTVENI NASLOV / *Avocation-Scientific Title*	
SPECIJALNOST / *Speciality*	
DOZVOLA ZA RAD HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE / *Licence of the Croatian Medical Chamber*	Valjanost (dd/mm/gggg): Da li je dozvola ikada bila ukinuta, ograničena ili pod istragom? ☐ NE ☐ DA - detalji:
POSLODAVAC - NAZIV PODUZETNIKA U REGISTRU / *Employer - Organization name based on the registry*	I:
	II:
RADNO MJESTO UNUTAR ORGANIZACIJE / *Position within the Organisation*	I: ☐ puno radno vrijeme/*full time employment* ☐ pola radnog vremena/*part-time employment* ☐ ugovorni/*contracted as an external participant*
	II: ☐ puno radno vrijeme/*full time employment* ☐ pola radnog vremena/*part-time employment* ☐ ugovorni/*contracted as an external participant*
Jezici komunikacije / *Languages of communication*: ☐ engleski ☐ njemački ☐ francuski ☐ talijanski ☐ španjolski ☐ slovenski ☐ _____	

DODATAK 2 / *Annex 2*– PODACI KOJI SE ODNOSE NA ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKOG ISPITIVAČA / *DATA RELEVANT TO AERO-MEDICAL EXAMINER*	
MEDICINSKO ISKUSTVO / *Medical experience* - Godine praktičnog iskustva? / *Years of practical experience?* - Radna mjesta / funkcija? / *Job positions / function?* - Kvalifikacije /tečajevi/obuke? / *Qualifications /courses/training?*	
ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKO ISKUSTVO /*Aero-Medical experience* - AME certifikat? / *AME certificate before or in another state?* - Godine praktičnog iskustva? /*Years of practical experience?* - Vrste pregleda/broj pregleda ukupno? / *Types of examinations/total number?* - Drugo? / *Something else?*	
OSNOVNA OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / *Basic Training in Aviation Medicine* (**Datum/Organizacija/potvrda u privitak**)	
NAPREDNA OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / *Advanced Training in Aviation Medicine* (**Datum/Organizacija/potvrda u privitak**)	
OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE ZA KATEGORIJU 3 / *Aviation Medicine Training for ATCO/Class 3* (**Datum/Organizacija/potvrda u privitak**)	
OBUKA ZA OBNAVLJANJE ZNANJA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / *Refresher Training in Aviation Medicine* (**Datum/ rganizacija/Satnica/potvrda u privitak**)	
DRUGO IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / *Other in Aviation Medicine*	
KONGRESI, KONFERENCIJE, TEČAJEVI / *Conference/congress/course*	
DRUGO ISKUSTVO U ZRAKOPLOVSTVU / *Other Experience in Aviation* Upravljate zrakoplovom, dronom, padobranom? Maketarstvo? / *Do you have experience in piloting? Flying a drone? Parachuting? Model making?*	
ČLANSTVO U STRUČNIM DRUŠTVIMA / *Scientific Group/Societies Membership*	
ISTRAŽIVANJE, ZNANSTVENI RAD, ČLANCI, SUDJELOVANJE U RADNIM GRUPAMA, UDRUGAMA / *Research, Scientific Papers, Articles, Participation in Work Groups*	

DODATAK 3 / *Annex 3* – PODACI KOJI SE ODNOSE NA AME PRAKSU / *DATA RELEVANT TO AME PRACTICE*		
RADNO VRIJEME / *WORKING HOURS*		
	☐ AME PRISUTNOST / *AME presence:*	
ADRESA WEB STRANICE / *WEB SITE ADDRESS*		
RASPOLOŽIVI SPECIJALISTI-KONZULTANTI / *SPECIALISTS-CONSULTANTS*	SPEC. OFTALMOLOG	☐ zaposlen ☐ ugovorni ☐ obuka iz zrak.medicine
	SPEC. OTORINOLARINGOLOG	☐ zaposlen ☐ ugovorni ☐ obuka iz zrak.medicine
	SPEC. KARDIOLOG	☐ zaposlen ☐ ugovorni ☐ obuka iz zrak.medicine
	SPEC. PSIHIJATAR	☐ zaposlen ☐ ugovorni ☐ obuka iz zrak.medicine
	SPEC. NEUROLOG	☐ zaposlen ☐ ugovorni ☐ obuka iz zrak.medicine
	SPEC. INTERNE MEDICINE	☐ zaposlen ☐ ugovorni ☐ obuka iz zrak.medicine
	PSIHOLOG	☐ zaposlen ☐ ugovorni ☐ obuka iz zrak.medicine
		☐ zaposlen ☐ ugovorni ☐ obuka iz zrak.medicine

Popis medicinske i tehničke opreme / *List of medical -technical facilities*

☐ općenito oprema (minimalni tehnički uvjeti po MZ)

☐ računalo, štampač u boji, skener, fotokopirni uređaj, internet pristup

☐ test na droge urin trake (ugovoreno potvrdno testiranje)

☐ spirometar ☐ tlakomjer ☐ EKG ☐ ISHIHARA tablice u boji – 24 slike - ORIGINAL

☐ anomaloskop (Nagel ili ekvivalentan) (uvjet za preglede za kategoriju 3-kontrolori zračnog prometa)

☐ vidna oštrina: tablica za oštrina vida 5/6 m, N5 ili ekvivalentna tablica / N14 ili ekvivalentnu tablica, optometar

☐ tonalni audiometar ☐ u KABINI/KOMORI ☐ timpanometar

DRUGO, navedi:

Klinički laboratorij: ☐ vlastiti ☐ ugovoren - naziv:

Prilog 4 / *Annex 4* – PODACI KOJI SE ODNOSE NA ISKUSTVO / *DATA RELEVANT TO EXPERIENCE*

ISPUNITI ZA PRODULJENJE AME CERTIFIKATA

1. BROJ OBAVLJENIH ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKIH PREGLEDA / *Number of aero-medical examinations performed*

Kategorija:	GODINA 1:		GODINA 2:		GODINA 3:	
	inicijalni	redovni	inicijalni	redovni	inicijalni	redovni
1						
2						
3						
Kabinsko (CC)						
LAPL						
Vojni piloti/*military pilots*						
Certifikati trećih zemalja/ *Third country certificates*						

2. **SATNICA OBUKE ZA OBNAVLJANJE ZNANJA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE /** *Refresher Training in Aviation Medicine (hours)* Upišite satnicu po godinama, potvrde/certifikate dodati u privitak / *Confirmations/certificates added to the attachment*

GODINA 1:	GODINA 2:	GODINA 3:

3. **KONGRESI, KONFERENCIJE** / *Congresses, Conferences*

ISPUNITI ZA OBNAVLJANJE AME CERTIFIKATA ili ZA PROŠIRENJE PRIVILEGIJA NA KATEGORIJU 1

Ukupan broj pregleda kao AME / Total examinations as AME			
Kategorije 1– ukupno	Kategorije 2– ukupno	Kategorije LAPL– ukupno	Kategorije 3– ukupno

Obuka iz zrakoplovne medicine (godina/organizacija) / *Training in Aviation Medicine (year/organization)* - Potvrde/certifikate dodati u privitak/*Confirmations/certificates added to the attachment*			
Osnovna / *Basic*	Napredna / *Advanced*	ATCO	Zadnje obnavljanje znanja / *Latest refresher training*

KONGRESI, KONFERENCIJE / *Congresses, Conferences*

UPUTA ZA PODNOSITELJA ZAHTJEVA

Uz INICIJALNI zahtjev i zahtjev za OBNAVLJANJE u privitku dostaviti:	
☐	Preslika osobne iskaznice ili putovnice
☐	Potvrda o OIB-u
☐	Životopis
☐	Preslika Diplome Medicinskog fakulteta
☐	Preslika Potvrde o završenoj specijalizaciji
☐	Preslika važećeg Odobrenja za samostalni rad Hrvatske liječničke komore
☐	Dokaz o završenim obukama iz zrakoplovne medicine (odobreno od EU nadležnog tijela ili ukoliko je tečaj završen u trećoj zemlji potrebno je prije podnošenja ovog zahtjeva podnijeti zamolbu za prihvaćanje osposobljavanja), kako je primjenjivo: Potvrdu o završenoj osnovnoj obuci iz zrakoplovne medicine u slučaju inicijalnog izdavanja; ili Potvrdu o završenoj osnovnoj i naprednoj obuci iz zrakoplovne medicine i zadnji AME certifikat u slučaju obnavljanja (AIRCREW i/ili ATCO)
☐	Izjava poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva o suglasnosti za stjecanje ili obnavljanje certifikata AME
☐	Preslika odobrenja ministarstva nadležnog za poslove zdravstva /obrane za obavljanje zdravstvene djelatnosti poslodavcu koji zapošljava podnositelja zahtjeva (Rješenje o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti)
☐	Preslika dokumentacije kojom se dokazuje osnivač i status organizacije poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva (preslika rješenja i izvadak Trgovačkog suda ili dr.)
☐	Biokemijski laboratorij – ako nema vlastiti nego ugovorni, potrebno je dostaviti presliku ugovora
☐	Ukoliko podnositelj zahtjeva namjerava obavljati zrakoplovno-medicinske liječničke preglede i na nekoj drugoj lokaciji, za tu drugu lokaciju AME prakse također mora dostaviti: – Izjava poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva da će AME obavljati praksu i na toj lokaciji – Preslika odobrenja ministarstva nadležnog za poslove zdravstva /obrane za obavljanje zdravstvene djelatnosti poslodavcu koji zapošljava podnositelja zahtjeva za tu lokaciju

Uz zahtjev za PRODULJENJE u privitku dostaviti:	
☐	Dokaz o broju obavljenih liječničkih pregleda u prethodne tri godine (najmanje 10 pregleda kat. 1/2/LAPL godišnje i ako je primjenjivo, 10 pregleda za kat. 3)
☐	Dokazi o završenoj obuci za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine - AIRCREW - najmanje 20 sati) tijekom posljednje 3 godine (ACW-AMC1 MED.D.030 (b)) - AME kategorije 1 treba 10 sati u svakoj godini valjanosti AME certifikata (ACW-AMC1 MED.D.030 (c))
☐	Dokazi da je AME prošao osposobljavanje za obnovu znanja iz zrakoplovne medicine i u radnom okruženju kontrolora zračnog prometa (ATCO) tijekom posljednje 3 godine (samo AME kategorije 3)
☐	AME kategorije 1 - dokazi da je AME pohađao međunarodne zrakoplovstvo medicinske znanstvene sastanke ili kongrese (ICASM, ECAM, AsMA)
☐	Iskustvo letačke posade (sjedalo 5 sektora, simulator 4 sata, upravljanje zrakoplovom 4 sata):
☐	Preslika važećeg Odobrenja za samostalni rad Hrvatske liječničke komore
☐	Izjava poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva o suglasnosti za produljenje certifikata AME
☐	Izjava da nije bilo promjena ili Izjavu o promjenama i dokaze u slučaju promjene u odnosu na uvjete kod izdavanja certifikata AME ili od zadnjeg produljenja certifikata AME.

Uz zahtjev za PROŠIRENJE PRIVILEGIJA na kategoriju 1/3 u privitku dostaviti:	
☐	Dokaz o broju obavljenih liječničkih pregleda u prethodnih pet godina (najmanje 30 pregleda kat 2)
☐	Dokaz o završenim obukama iz zrakoplovne medicine, kako je primjenjivo: Kako je prihvatljivo, potvrda o završenoj osnovnoj i naprednoj obuci iz zrakoplovne medicine (odobreno od EU nadležnog tijela ili ukoliko je tečaj završen u trećoj zemlji potrebno je prije podnošenja ovog zahtjeva podnijeti zamolbu za prihvaćanje osposobljavanja)
☐	Izvješće o demonstriranoj kompetenciji za proširenje AME privilegije za kategoriju 1 (MED-FRM-003)

Za prijavljivanje promjene u privitku dostaviti:	
☐	Pisano obrazloženje s detaljima promjene
☐	