HRVATSKA AGENCIJA ZA CIVILNO ZRAKOPLOVSTVO

Zahtjev za odobrenje obuke iz zrakoplovne medicine za AME

Application form for approval of training course in aviation medicine for AMEs

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / *Croatian Civil Aviation Agency*
Buzinski krči 5, Buzin, 10 010 Zagreb; +385 1 2369 300; aeromedical@ccaa.hr

Podnositelj zahtjeva-organizator *Applicant-Organizer Name*	
OIB	
Adresa *Address (registered business address)*	
Kontakt osoba (odgovorna uz ovaj zahtjev) *Contact Person (responsible for this application)*	
AeMC naziv i broj certifikata *AeMC Name and No.*	☐ Podnositelj zahtjeva-organizator / *Applicant /Organizer Name* ☐ Ugovorni / *Contracted*
Vrsta obuke *Type of training*	☐ Osnovna obuka iz zrakoplovne medicine u skladu sa Uredbom Komisije (EU) br. 1178/2011 i njezinim izmjenama *Basic Training in Aviation Medicine in accordance with Commission Regulation (EU) No 1178/2011 and its amendments* ☐ Osnovna obuka iz zrakoplovne medicine u skladu sa Uredbom Komisije (EU) br. 2015/340 i njezinim izmjenama *Basic Training in Aviation Medicine in accordance with Commission Regulation (EU) No 2015/340 and its amendments* ☐ Napredna obuka iz zrakoplovne medicine u skladu sa Uredbom Komisije (EU) br. 1178/2011 i njezinim izmjenama *Advanced Training in Aviation Medicine Commission Regulation (EU) No 1178/2011 and its amendments* ☐ Napredna obuka iz zrakoplovne medicine u skladu sa Uredbom Komisije (EU) br. 2015/340 i njezinim izmjenama *Advanced Training in Aviation Medicine Commission Regulation (EU) No 2015/340 and its amendments* ☐ Obuka za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine u skladu sa Uredbom Komisije (EU) br. 1178/2011 i njezinim izmjenama *Refresher Training in Aviation Medicine Commission Regulation (EU) No 1178/2011 and its amendments* ☐ Obuka za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine u skladu sa Uredbom Komisije (EU) br. 2015/340 i njezinim izmjenama *Refresher Training in Aviation Medicine Commission Regulation (EU) No 2015/340 and its amendments*
	DRUGO (*Other*):
Jezik ☐ HRVATSKI ☐ ENGLESKI *Language*	Ugovor sa Hrvatskom liječničkom komorom ☐ DA ☐ NE *The contract with the Croatian Medical Chamber*

Voditelj obuke *Head of training*	Obuka će se provoditi *The training will be conducted* ☐ jednokratno /*once* ☐ kontinuirano /*continuously*
Planirani početak obuke *Intended commencement of training on*	Trajanje obuke *Course duration*
Planirani broj polaznika *Intended number of participants*	
Detalji teorijske obuke *Details on theoretical training* Lokacija *Location*	
Detalji praktične obuke *Details on practical training* Lokacija *Location*	
Imena predavača/demonstratora/instruktora (Ispunite Dodatak I) *Name of lecturers/demonstrators/ instructors (Use Annex I)*	
Preporučeni dokumenti koje je potrebno predati uz zahtjev: *Proposed documents submitted with the application:*	
☐ Dnevnik tečaja / *Course Diary*	☐ Nastavni plan. Popis predmeta, tema i glavnih naslova koji pokazuju nastavu koju tečaj pokriva. Nastavni plan tečaja mora kao minimum navesti: Identifikacija tečaja s opisom, Naziv tečaja, Trajanje tečaja, Kategorije osoba koje će se osposobljavati s preduvjetima za učenike, Cilj tečaja osposobljavanja, Metode osposobljavanja, Pomoćna sredstva za osposobljavanje, Zahtjevi za trenere, Zahtjevi za polaznike, Teme treninga, Vođenje evidencije o treningu *Syllabus. A listing of subjects, topics, and main headings showing the instruction covered by a course. The training course syllabus must, as a minimum, specify: Course identification with description, Course Title, Course duration, Categories of persons to be trained with student prerequisites, Training course aim, Training course objectives, Training methods, Training aids, Requirements for the trainers, Requirements for the attendees, Training Topics, Training record keeping*
☐ Popis polaznika tečaja / *Course Attendance List*	
☐ Popis distribucije certifikata / *Certificate Distribution list*	
☐ Predložak potvrde / *Certificate template*	
☐ Drugi dokumenti (nabroji) / *Other Documents (list)*	

Napomena / *Notes*
Navedite sve pojedinosti o alternativnim aranžmanima odvojeno. *Please provide full details of alternative arrangements separately.*

Izjava podnositelja zahtjeva / Applicant's declaration		
Ja, dolje potpisani, u ime gore navedenog podnositelja zahtjeva izjavljujem da imam pravnu sposobnost za podnešenje ovog zahtjeva i da su sve informacije navedene u ovom zahtjevu točne i potpune. *I, the undersigned, on behalf of the applicant identified above, declare that I have the legal capacity to submit this application and that all information provided in this application form is correct and complete.*		
Datum/Mjesto Date/Place	Ime i prezime odgovorne osobe organizatora *Name of Applicant/Organizer responsible person*	Potpis *Signature*

Dodatak I / Annex I: Popis predavača			
Tema	Ime i prezime		☐ AME ☐ Pilot Instructor/Examiner ☐ ATCO Instructor/Assessor
	Kvalifikacije Reference		
Tema	Ime i prezime		☐ AME ☐ Pilot Instructor/Examiner ☐ ATCO Instructor/Assessor
	Kvalifikacije Reference		
Tema	Ime i prezime		☐ AME ☐ Pilot Instructor/Examiner ☐ ATCO Instructor/Assessor
	Kvalifikacije Reference		
Tema	Ime i prezime		☐ AME ☐ Pilot Instructor/Examiner ☐ ATCO Instructor/Assessor
	Kvalifikacije Reference		
Tema	Ime i prezime		☐ AME ☐ Pilot Instructor/Examiner ☐ ATCO Instructor/Assessor
	Kvalifikacije Reference		
Tema	Ime i prezime		☐ AME ☐ Pilot Instructor/Examiner ☐ ATCO Instructor/Assessor
	Kvalifikacije Reference		
Tema	Ime i prezime		☐ AME ☐ Pilot Instructor/Examiner ☐ ATCO Instructor/Assessor
	Kvalifikacije Reference		
Tema	Ime i prezime		☐ AME ☐ Pilot Instructor/Examiner ☐ ATCO Instructor/Assessor
	Kvalifikacije Reference		