DOPRAVNÝ ÚRAD
TRANSPORT AUTHORITY

DÚ/F209-B/v3/OLLP

ŽIADOSŤ O OSVEDČENIE POVERENÉHO ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA (AeMC)

☐ **ZÍSKANIE** ☐ **ROZŠÍRENIE osvedčenia AeMC**

☐ **O ZMENU OSVEDČENIA AeMC- DÔVOD[1]:.....**

Časť A Údaje žiadateľa/-ky alebo subjektu (podľa vhodnosti)
Názov organizácie alebo meno a priezvisko žiadateľa:.....
Trvalá adresa: ……..……..…….....…….....……..
Kontaktná adresa: …….…….....……..….....……
Kontakty: telefón/mobil: ……..…….....…….. E-mail: .....…….....….....

Oprávnenia, o ktoré AeMC, ktorá chce byť oprávnená, žiada alebo chce rozšíriť svoje doterajšie oprávnenia			
☐ 1. trieda	☐ prvotné získanie	☐ predĺženie	☐ obnova
☐ 2. trieda ☐ 3. trieda	☐ LAPL ☐ lekárska správa palubného sprievodcu	☐ prvotné získanie ☐ predĺženie ☐ obnova	
Sídlo výkonu činnosti:			

Časť B Dokumentácia a príručky doložené k žiadosti	
☐	Zoznam a kvalifikácie všetkých poverených lekárov (AME), zdravotníckych zamestnancov, špecialistov – konzultantov a či pracujú na plný alebo čiastočný úväzok*
☐	Záznamy z výcvikov zamestnancov*
☐	Životopis vedúceho AeMC*
☐	Dokumenty preukazujúce napojenie na kliniku alebo spoluprácu s nemocnicami či zdravotníckymi zariadeniami*
☐	Dokumenty systému riadenia bezpečnosti*
☐	Dokumenty systému zachovania zhody*
☐	Schválenie prevádzkových priestorov a materiálno-technického vybavenia AeMC podľa AMC1 ORA.AeMC.215 v zmysle požiadaviek Dopravného úradu (Postup 13/2016) **
☐	Iná dokumentácia*

V prípade, že odpoveď na niektorú z vyššie uvedených otázok je neúplná, uveďte prosím, všetky podrobnosti o alternatívnych spôsoboch plnenia osobitne (oddelene).

* Priložte kópie osvedčenia, aktivity, diplomu a pod.
** Priložte vyplnený formulár F268-B.
[1] Dôvod zmeny osvedčenia – prosím stručne opíšte dôvod zmeny, max. 80 znakov.

Časť C Vyhlásenie zodpovedného riadiaceho pracovníka

Potvrdzujem, že poskytnuté údaje sú pravdivé, úplné a presné a môžu byť použité pre potreby evidencie Dopravného úradu.
Vyhlasujem, že činnosť povereného lekára budem vykonávať v súlade s požiadavkami:
☐ nariadenia 1178/2011 v platnom znení, časť MED, časť ORA;
☐ nariadenia (EÚ) č. 2015/340 v platnom znení, časť ATCO.MED, časť ATCO.OR;
☐ predpisom L 1 Spôsobilosť leteckého personálu.

Osvedčenia zdravotnej spôsobilosti budem vydávať v súlade s platnými nariadeniami a predpismi.

V zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, súhlasím so sprístupnením informácií, ktoré som poskytol Dopravnému úradu, tretím osobám. Bol som informovaný/-á, že informácie budú sprístupnené na regulačné účely. To môže zahŕňať poskytovanie informácií pre iných zdravotníckych pracovníkov, administratívnych pracovníkov a/alebo IT pracovníkov, ktorí pomáhajú Dopravnému úradu s jeho regulačnými funkciami v rámci svojich profesijných povinností.

Svojím podpisom zároveň vyjadrujem súhlas so zverejnením v zozname poverených zdravotníckych zariadení (AeMC) na webovom sídle Dopravného úradu.

Dátum: ..... Podpis zodpovedného riadiaceho pracovníka:.....

Túto žiadosť aj s požadovanými prílohami je potrebné doručiť na adresu:

Dopravný úrad
Divízia civilného letectva
OLLP/referát zdravotnej spôsobilosti
Letisko M. R. Štefánika
823 05 Bratislava

Časť D Záver Dopravného úradu

Žiadateľ/ka ☐ **s p Í ň a** ☐ **n e s p Í ň a** požiadavky

☐ Nariadenia (EÚ) č. 1178/2011 v platnom znení ☐ časť ORA

☐ Nariadenia (EÚ) č. 2015/340 v platnom znení, časť ATCO.OR

☐ predpisu L 1 Spôsobilosť leteckého personálu

☐ na vydanie ☐ rozšírenie osvedčenia AeMC s neobmedzenou platnosťou s uvedenými oprávneniami:

☐ 1. trieda	☐ prvotné získanie OZS ☐ predĺženie OZS ☐ obnova OZS
☐ 2. trieda	☐ prvotné získanie OZS ☐ predĺženie OZS ☐ obnova OZS
☐ LAPL	
☐ 3. trieda	
☐ lekárska správa palubného sprievodcu	

Poznámky Dopravného úradu, napr. odôvodnenie, ak žiadateľ nespĺňa požiadavky na získanie osvedčenia AeMC.

Dátum: ..... Meno: ..... Podpis: .....

☐ Začiarknutím označte iba vhodné údaje.