DOPRAVNÝ ÚRAD
TRANSPORT AUTHORITY

DÚ/F266-B/v2/OLLP

ŽIADOSŤ O SCHVÁLENIE PREVÁDZKOVÝCH PRIESTOROV A MATERIÁLNO-TECHNICKÉHO VYBAVENIA PRE ČINNOSŤ POVERENÉHO LEKÁRA (AME)

INFORMÁCIA.

Predtým, ako AME začne vykonávať letecko-lekárske hodnotenia v akýchkoľvek prevádzkových priestoroch, požaduje sa dôkaz zhody s požiadavkami príslušných predpisov.
Vyplňte, prosím, tento formulár a doručte ho najmenej 3 týždne pred akoukoľvek zmenou prevádzkových priestorov a doručte ho na Dopravný úrad. V prípade, že AME plánuje vykonávať činnosť AME vo viacerých prevádzkových priestoroch, vyžaduje sa samostatný formulár pre každý prevádzkový priestor zvlášť.
V prípade, že prevádzkové priestory budú vyhovujúce a schválené posudkovým lekárom, Dopravný úrad vydá nové osvedčenie aj s adresou/-ami, kde môže vykonávať činnosť AME.

Všetky priestory činnosti AME sú predmetom kontrolných návštev referátu zdravotnej spôsobilosti Dopravného úradu.

Časť A Osobné údaje žiadateľa/-ky

Titul: ..... Meno: ..... Priezvisko: .....…….....……

Dátum narodenia:…..... Číslo osvedčenia AME* ....

Kontakty: telefón/mobil: ……..……..... E-mail: .....…….....….....

*číslo uvádze len AME, ktorému už bolo pridelené číslo osvedčenia

Časť B **Požiadavky na prevádzkové priestory a materiálno-technické vybavenie v prípade osvedčovania zdravotnej spôsobilosti 2. triedy, LAPL, osvedčenie palubných sprievodcov**			
Požadovaná informácia	**Informácia poskytnutá AME**	**Poskytnutá dokumentácia**	**Záznamy DÚ**
Nová adresa výkonu činnosti AME Telefón: E- mail:			
Žiadate o zrušenie predchádzajúcej adresy na vykonávanie činnosti AME?			
Korešpondenčná adresa			
Napíšte mená a pracovné pozície svojich zamestnancov, ktorí sú zapojení do certifikačného procesu a procesu letecko-lekárskych hodnotení.			
Sú s týmito zamestnancami podpísané dohody o ochrane osobných údajov?			
Aké sú pravidlá pre bezpečné a dôverné uchovávanie záznamov z lekárskych vyšetrení a hodnotení?			
Má priestor čakáreň pre žiadateľov?			
Má priestor toalety pre žiadateľov?			
Je v miestnosti, kde sa vykonávajú letecko-lekárske vyšetrenia, zabezpečené súkromie?			
Je tam zodpovedajúce osvetlenie?			

*číslo uvádze len AME, ktorému už bolo pridelené číslo osvedčenia

Máte potrebné materiálno-technické vybavenie pre vykonávanie letecko-lekárskych vyšetrení?			
Máte vyšetrovaciu posteľ?			
Máte nástroje na ušno-nosovo-krčné zariadenie? Uveďte aké.			
Je tabuľka na vyšetrenie zraku v dostatočnej vzdialenosti od žiadateľa?			
Máte optotypy na vyšetrenie zraku do diaľky?			
Máte tabuľku na vyšetrenie zraku nablízko?			
Máte na vyšetrenie farbocitu Ishihara tabuľky?			
Máte očnú lupu alebo oftalmoskop?			
Máte indikátorové papieriky na vyšetrenie moču?			
Uveďte iné prístroje, zariadenia.			

*číslo uvádze len AME, ktorému už bolo pridelené číslo osvedčenia

Časť C **Požiadavky na prevádzkové priestory a materiálno-technické vybavenie v prípade, ak AME požaduje aj osvedčovanie zdravotnej spôsobilosti 1. triedy**			
Požadovaná informácia	**Informácia poskytnutá AME**	**Poskytnutá dokumentácia**	**Overenie DÚ**
Hemoglobinometer? Typ / Značka: Presný dátum poslednej kalibrácie:			
Lipidy Typ / Značka prístroja: Presný dátum poslednej kalibrácie:			
Akým spôsobom sú zabezpečované ďalšie krvné testy?			
Máte glukometer? Pokiaľ nemáte glukometer, uveďte alternatívne riešenia.			
EKG prístroj Typ / Značka: Presný dátum poslednej kalibrácie: Pokiaľ nemáte EKG prístroj, uveďte alternatívne riešenia.			
Audiometer Typ / Značka: Presný dátum poslednej kalibrácie: Pokiaľ nemáte audiogram, uveďte alternatívne riešenia.			
Iné prístroje, zariadenia			

*číslo uvádze len AME, ktorému už bolo pridelené číslo osvedčenia

Časť D Vyhlásenie žiadateľa/-ky
Potvrdzujem, že poskytnuté údaje sú pravdivé, úplné a presné a môžu byť použité pre potreby evidencie Dopravného úradu. Vyhlasujem, že prevádzkové priestory, v ktorých plánujem vykonávať činnosť AME, sú v súlade s požadovanými 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 lekárov (AME) na webovom sídle Dopravného úradu. Dátum: ..... Podpis žiadateľa/-ky: .....

Túto žiadosť aj s požadovanými prílohami je <u>potrebné doručiť na adresu</u>:

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

Časť E Záver Dopravného úradu
Menovaný/á ☐ **s p Í ň a** ☐ **n e s p Í ň a** požiadavky ☐ nariadenia (EÚ) č. 1178/2011, časť MED ☐ Dopravného úradu. ☐ schválenie prevádzkových priestorov a materiálno-technického vybavenia. Poznámky Dopravného úradu, napr. odôvodnenie, ak žiadateľ nespĺňa požiadavky na prevádzkové priestory a materiálno-technické požiadavky. Dátum: ..... Meno: ..... Podpis: .....

☐ Začiarknutím označte iba vhodné údaje.