

Hrvatska agencija za civilno zrakoplovstvo / *Croatian Civil Aviation Agency*

Ulica grada Vukovara 284_10 000 Zagreb_Tel.: +385 1 2369 300_Fax.: +385 1 2369 30_e-mail: ccaa@ccaa.hr

Obrazac ispuniti velikim tiskanim slovima u primjenjivim poljima i predati vlastoručno potpisani obrazac. *Intirely fill in the form with capital letters and submit it with own hand signature.*

Uz ovaj obrazac u slučaju izdavanja, produljenja, obnavljanja ili bilo kakve izmjene na AME certifikatu (upravni postupak) primjenjuje se Tarifa br. 1. i 2. Općih upravnih pristojbi Zakona o upravnim pristojbama, u iznosu od ukupno **70,00 HRK**, koje se plaćaju u državnim biljezima u trenutku predaje podneska. *With this form in case of initial, revalidation, renewal or any change of AME certificate applies a tariff No. 1. and 2. of General administrative fees act, for a total of 70.00 HRK to be paid in stamp at the time of submission of the application.*

U slučaju prijavljivanja promjene koja ne podrazumijeva izdavanje certifikata (nepravni postupak) primjenjuje se Tarifa br. 1. Općih upravnih pristojbi Zakona o upravnim pristojbama, u iznosu od ukupno **20,00 HRK**, koje se plaćaju u državnim biljezima u trenutku predaje podneska. *In case of any change that not requires issuing of AME certificate applies a tariff No. 1 of General administrative fees act, for a total of 20.00 HRK to be paid in stamp at the time of submission of the application.*

Uz zahtjev predati samo priloge koji su primjenjivi. / *With application submit only applicable appendices.*

CERTIFIKAT ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKOG ISPITIVAČA (AME) / AERO-MEDICAL EXAMINER (AME) CERTIFICATE	
Privilegije za kategoriju / <i>Privileges for class:</i> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> INICIJALNO IZDAVANJE / <i>INITIAL</i> <input type="checkbox"/> PRODULJENJE / <i>REVALIDATION</i> <input type="checkbox"/> OBNAVLJANJE / <i>RENEWAL</i> <input type="checkbox"/> PROŠIRENJE PRIVILEGIJA NA KATEGORIJU 1 / <i>EXTENSION OF PRIVILEGES TO CLASS 1</i> <input type="checkbox"/> PRIJAVA PROMJENE (navedi) / <i>CHANGE (specify):</i> <hr/>	
BROJ AME CERTIFIKATA / <i>AME Certificate Number</i> (Ukoliko je primjenjivo / <i>If applicable</i>)	
IME I PREZIME / <i>Name and Surname</i>	
LOKACIJA/E OBAVLJANJA AME PRAKSE (naziv i adresa) / <i>AME Practice location(s) (name and address)</i>	
Izjavljujem da su sve informacije upisane na ovom obrascu i njegovim prilogima točne i istinite. <i>I declare that the information on this form and appendices are correct and true.</i>	
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>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))</i>	
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>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.</i>	
Mjesto i datum / <i>Place and Date</i>	Potpis podnositelja / <i>Signature of applicant</i>

Prilog I / Annex I – OSNOVNI PODACI / BASIC DATA	
DATUM ROĐENJA / <i>Date of Birth</i>	
OIB (<i>Only for Croatian citizen</i>)	
TELEFON / <i>Phone</i>	
TELEFAKS / <i>Fax</i>	
MOBILNI TELEFON / <i>Mobile Phone</i>	
E-MAIL	
NASLOV / <i>Avocation-Scientific Title</i>	
SPECIJALNOST / <i>Speciality</i>	
DOZVOLA ZA RAD HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE / <i>Licence of the Croatian Medical Chamber</i>	Valjanost (dd/mm/gggg):
	Da li je dozvola ikada bila ukinuta, ograničena ili pod istragom? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> DA - detalji:
POSLODAVAC - NAZIV PODUZETNIKA U REGISTRU / <i>Employer - Organization name on the basis of the registry</i>	I:
	II:
RADNO MJESTO UNUTAR ORGANIZACIJE / <i>Position within the Organisation</i>	<input type="checkbox"/> puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> pola radnog vremena <input type="checkbox"/> ugovorni
	II: <input type="checkbox"/> puno radno vrijeme <input type="checkbox"/> pola radnog vremena <input type="checkbox"/> ugovorni
ADRESA ZA KORESPONDENCIJU / <i>Correspondence address</i>	

Prilog II / Annex II – PODACI KOJI SE ODOSE NA ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKOG ISPITIVAČA / DATA RELEVANT TO AERO-MEDICAL EXAMINER	
<p>MEDICINSKO ISKUSTVO <i>Medical experience</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - GODINE PRAKTIČNOG ISKUSTVA - RADNA MJESTA / FUNKCIJA - KVALIFIKACIJE /TEČAJEVI/OBUKE 	
<p>ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKO ISKUSTVO <i>Aero-Medical experience</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - AME CERTIFIKAT? - GODINE PRAKTIČNOG ISKUSTVA - VRSTE PREGLEDA/BROJ PREGLEDA UKUPNO 	
<p>OSNOVNA OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / <i>Basic Training in Aviation Medicine</i> (Datum / Organizacija)</p>	
<p>NAPREDNA OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / <i>Advanced Training in Aviation Medicine</i> (Datum / Organizacija)</p>	
<p>OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE ZA KATEGORIJU 3 / <i>Training in Aviation Medicine for Class 3</i> (Datum / Organizacija)</p>	
<p>OBUKA ZA OBNAVLJANJE ZNANJA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / <i>Refresher Training in Aviation Medicine</i></p>	
<p>DRUGO IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / <i>Other in Aviation Medicine</i></p>	
<p>KONGRESI, KONFERENCIJE / <i>Conferences</i></p>	
<p>DRUGO ISKUSTVO U ZRAKOPLOVSTVU / <i>Other Experience in Aviation</i></p>	Imate li iskustva u pilotiranju?
<p>ČLANSTVO U STRUČNIM DRUŠTVIMA / <i>Scientific Group/Societies Membership</i></p>	
<p>ISTRAŽIVANJE, ZNANSTVENI RAD, ČLANCI, SUDJELOVANJE U RADNIM GRUPAMA, UDRUGAMA / <i>Research, Scientific Papers, Articles, Participation in Work Groups</i></p>	

Prilog II / Annex II – PODACI KOJI SE ODNOSE NA ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKOG ISPITIVAČA / DATA RELEVANT TO AERO-MEDICAL EXAMINER

A. IZVJEŠTAJ O BROJU OBAVLJENIH ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKIH PREGLEDA (SAMO U SLUČAJU PRODULJENJA AME CERTIFIKATA)

Kategorija:	GODINA 1:		GODINA 2:		GODINA 3:	
	inicijalni	redovni	inicijalni	redovni	inicijalni	redovni
1						
2						
3						
Kabinsko (CC)						
LAPL						

B. IZVJEŠTAJ O BROJU OBAVLJENIH ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKIH PREGLEDA U SLUČAJU OBNAVLJANJA AME CERTIFIKATA ili ZAHTJEVA ZA PROŠIRENJE PRIVILEGIJA NA KATEGORIJU 1

- Kategorije 1 pregledi – ukupno:
- Kategorije 2 pregledi – ukupno:
- Kategorije 3 pregledi – ukupno:

C. IZVJEŠTAJ O BROJU OBAVLJENIH DRUGIH LIJEČNIČKIH PREGLEDA/PROCJENA (specificiraj npr. vojni piloti):

- Vrsta pregleda – ukupno:
- Vrsta pregleda – ukupno:
- Vrsta pregleda – ukupno:
- Vrsta pregleda – ukupno:

Prilog III / Annex III – PODACI KOJI SE ODNOSE NA PRAKSU / DATA RELEVANT TO PRACTICE		
RADNO VRIJEME / WORKING HOURS	<input type="checkbox"/> AME PRISUTNOST / AME presence:	
ADRESA WEB STRANICE / WEB SITE ADDRESS		
SPECIJALISTI-KONZULTANTI / SPECIALISTS-CONSULTANTS	SPECIJALISTA OFTALMOLOG <input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> ugovorni	
	SPECIJALISTA OTORINOLARINGOLOG <input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> ugovorni	
	PSIHOLOG <input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> ugovorni	
	SPECIJALISTA PSIHIJATAR <input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> ugovorni	
	SPECIJALISTA NEUROLOG <input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> ugovorni	
	SPECIJALISTA INTERNE MEDICINE <input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> ugovorni	
	SPECIJALISTA _____ <input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> ugovorni	
	SPECIJALISTA _____ <input type="checkbox"/> zaposlen <input type="checkbox"/> ugovorni	
Popis medicinske i tehničke opreme / List of medical -technical facilities	Vrsta / Type	
Općenito oprema ordinacije	<input type="checkbox"/> ormar za osobne zdravstvene kartone s ključem	
	<input type="checkbox"/> stolicu za bolesnika,	
	<input type="checkbox"/> ležaj za pregled bolesnika,	
	<input type="checkbox"/> paravan,	
	<input type="checkbox"/> tlakomjer s različitim širinama manžeta,	
	<input type="checkbox"/> ormar za instrumente i lijekove, stolić za instrumente,	
	<input type="checkbox"/> toplomjere (2 kom.),	
	<input type="checkbox"/> špatule za pregled ždrijela za jednokratnu uporabu,	
	<input type="checkbox"/> fonendoskop (slušalice),	
	<input type="checkbox"/> vagu za mjerenje tjelesne težine,	
	<input type="checkbox"/> visinomjer	
	<input type="checkbox"/> negatoskop	
	<input type="checkbox"/> otoskop,	
	<input type="checkbox"/> čeono ogledalo ili izvor hladnog svjetla,	
	<input type="checkbox"/> oftalmoskop	
	<input type="checkbox"/> tablice za ispitivanje oštine vida,	
	<input type="checkbox"/> spekulume za pregled nosnih šupljina	
	<input type="checkbox"/> platneni metar,	
	<input type="checkbox"/> ručnu baterijsku lampu,	
	<input type="checkbox"/> perkusijski čekić,	
	<input type="checkbox"/> pribor za uzimanje uzoraka za medicinsko-biokemijske i mikrobiološke pretrage,	
<input type="checkbox"/> glukometar,		
<input type="checkbox"/> test trake za brzo određivanje promjena u urinu (GLU, ERY, PROT),		

	<input type="checkbox"/> komplet lijekova za terapiju anafilaktičkog šoka i potrebnom opremom za održavanje vitalnih funkcija (praćenje srčane akcije i saturacije kisika, neinvazivno mjerenje tlaka), <input type="checkbox"/> bocu s kisikom s dozimetrom i raspršivačem i ampulirane lijekove sukladno potrebama djelatnosti koji moraju biti smješteni u ordinaciji, <input type="checkbox"/> dinamometar, kaliper <input type="checkbox"/> zaporni sat <input type="checkbox"/> platneni metar, ortoreter <input type="checkbox"/> set testova na droge i lijekove	
IT	<input type="checkbox"/> Računalo (Windows, JAVA) <input type="checkbox"/> Internet pristup <input type="checkbox"/> Štampač u boji <input type="checkbox"/> Skener/fotokopirni uređaj <input type="checkbox"/> OSTALO:	
Kardiologija	<input type="checkbox"/> 12-leading resting ECG* <input type="checkbox"/> Stress ECG* <input type="checkbox"/> 24-hour blood pressure monitoring* <input type="checkbox"/> 24-hour rhythm monitoring*	
Oftalmologija	<input type="checkbox"/> Near, intermediate and distant vision* <input type="checkbox"/> External eye, anatomy, media and funduscopy* <input type="checkbox"/> Ocular motility* <input type="checkbox"/> Binocular vision* <input type="checkbox"/> Heterophoria* <input type="checkbox"/> Visual fields* <input type="checkbox"/> Refraction* <input type="checkbox"/> Colour vision - anomaloscopy* <input type="checkbox"/> Colour vision - CAD	
Ispitivanje sluha	<input type="checkbox"/> Pure-tone audiometer* <input type="checkbox"/> u KABINI/KOMORI	
Otorinolaringologija	<input type="checkbox"/> Clinical examination of mouth and throat* <input type="checkbox"/> Otoscopy* <input type="checkbox"/> Rhinoscopy* <input type="checkbox"/> Tympanometry or equivalent* <input type="checkbox"/> Clinical assessment of vestibular system*	
Respiratorni sustav	<input type="checkbox"/> Spirometry*	
Klinički laboratorij	<input type="checkbox"/> vlastiti <input type="checkbox"/> ugovoren - naziv:	

UPUTA ZA PODNOSITELJA ZAHTEVA

Rbr	Podnositelj: Dostavljeno	Uz inicijalni zahtjev i zahtjev za obnavljanje u privitku dostaviti:	HACZ-AMS: Provjera
1	<input type="checkbox"/>	Preslika osobne iskaznice ili putovnice	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	Potvrda o OIB-u	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	Životopis	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	Preslika Diplome Medicinskog fakulteta	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	Preslika Potvrde o završenoj specijalizaciji	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	Preslika važećeg Odobrenja za samostalni rad Hrvatske liječničke komore	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	Dokaz o završenim obukama iz zrakoplovne medicine, kako je primjenjivo: Potvrdu o završenoj osnovnoj obuci iz zrakoplovne medicine za inicijalno izdavanje i obnavljanje; i Potvrdu o završenoj naprednoj obuci iz zrakoplovne medicine za obnavljanje (AIRCREW or/and ATCO);	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	Izjava poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva o suglasnosti za stjecanje ili obnavljanje certifikata AME	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	Preslika dokumentacije kojom se dokazuje osnivač i status organizacije poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva (preslika rješenja i izvadak Trgovačkog suda ili dr.)	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	Biokemijski laboratorij – ako nema vlastiti nego ugovorni, potrebno je dostaviti presliku ugovora	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>

Rbr	Podnositelj: Dostavljeno	Uz zahtjev za produljenje u privitku dostaviti:	HACZ-AMS: Provjera
1	<input type="checkbox"/>	Dokaz o broju obavljenih liječničkih pregleda u prethodne tri godine (najmanje 10 pregleda kat. 1/2 godišnje i ako je primjenjivo, 10 pregleda za kat. 3)	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	Dokazi o završenoj obuci za obnavljanje znanja iz zrakoplovne medicine (najmanje 20 sati) tijekom posljednje 3 godine (AIRCREW);	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Dokazi da je AME prošao osposobljavanje za obnovu znanja iz zrakoplovne medicine i u radnom okruženju kontrolora zračnog prometa tijekom posljednje 3 godine (ATCO);	
3	<input type="checkbox"/>	Preslika važećeg Odobrenja za samostalni rad Hrvatske liječničke komore	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	Izjava poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva o suglasnosti za produljenje certifikata AME	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	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.	<input type="checkbox"/>

Rbr	Podnositelj: Dostavljeno	Uz zahtjev za proširenje privilegija na kategoriju 1 u privitku dostaviti:	HACZ-AMS: Provjera
1	<input type="checkbox"/>	Dokaz o broju obavljenih liječničkih pregleda u prethodnih pet godina (najmanje 30 pregleda kat 2)	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	Dokaz o završenim obukama iz zrakoplovne medicine, kako je primjenjivo: Potvrde o završenoj osnovnoj i naprednoj obuci iz zrakoplovne medicine (odobrene od nadležnog tijela)	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	Izvešće o demonstriranoj kompetenciji za proširenje AME privilegije za kategoriju 1 (TLD-FRM-206)	<input type="checkbox"/>

Rbr	Podnositelj: Dostavljeno	Za prijavljivanje promjene u privitku dostaviti:	HACZ-AMS: Provjera
1	<input type="checkbox"/>	Pisano obrazloženje s detaljima promjene	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	Ukoliko je primjenjivo, dokaze o bilo kakvoj promjeni uvjeta temeljem kojih je izdan AME certifikat	<input type="checkbox"/>

AME-i moraju obavijestiti nadležno tijelo o sljedećim promjenama koje mogu utjecati na njihov certifikat: 1. AME je podvrgnut disciplinskom postupku ili istrazi od strane medicinskog regulatornog tijela; 2. postoje bilo kakve promjene uvjeta temeljem kojih je dobiven certifikat, uključujući sadržaj izjava predanih uz zahtjev; 3. više ne ispunjava zahtjeve za izdavanje; 4. promjena lokacije obavljanja prakse zrakoplovno medicinskog ispitivača ili adrese za korespondenciju.

GUIDANCE FOR APPLICANT LOCATED OUTSIDE OF CROATIAN TERRITORY (THIRD COUNTRY)

For AMEs located outside of Croatian territory (third country) the following documentation must be submitted with the application.

Any documentation not in Croatian/English must be translated and authenticated by a certified translator (any costs incurred for translations are the responsibility of the applicant).

No	Applicant:	Initial application must be submitted with following documentation	CCAA-AMS:
	Delivered		Verification
1	<input type="checkbox"/>	Personal Identification document with picture (passport);	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	CV	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	Letter of employer or Statement by an applicant's employer to consent to the initial AME application	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	Legal documentation of employer with evidence of formal approval from third country competent medical authority - license for public medical practice for employer	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	Diploma of Medical Faculty - with recognition of Croatian Medical Chamber (a formal acknowledgment of the value of a foreign education qualification or period of study, issued by the competent authority, for the purpose of the continuation of education or employment)	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	Certificate of Completion of specialist training, with recognition of Croatian Medical Chamber of specializations and professional examinations	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	Evidence of formal approval: license for the practice of medicine from third country competent medical authority (Medical Register)– that applicant fulfils the general conditions required for medical practice and maintain registration as a medical practitioner according to third country national law	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	Evidences of finished training courses in aviation medicine, as applicable, with evidence that those training courses were approved by the competent authority of the State where the organization providing it has its principal place of business (and course syllabus with details if this training is not provided by EU Member State)	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	Description of facilities, procedures, documentation and functioning equipment suitable for aero-medical examinations (Information's regarding practice location with list of medical-technical facility - functioning equipment suitable for aero-medical examinations; laboratory included (if contracted, details). When the AME undertakes aero-medical examinations in more than one location, they shall provide relevant information regarding all practice locations).	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	Description that applicant has in place the necessary procedures and conditions to ensure medical confidentiality	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	A written declaration that the AME will issue medical certificates on the basis of the requirements of Part-MED.	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	Evidence that applicant can ensure that communication with the person can be established without language barriers when conducting medical examinations and/or assessments, for English language (MED.A.025 (a) (1) requirement).	<input type="checkbox"/>