

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: 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) CERTIFICATE	
Privilegije za kategoriju / Privileges for class: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> INICIJALNO IZDAVANJE / INITIAL - ispuniti Dodatak 1, 2 i 3 <input type="checkbox"/> PRODULJENJE / REVALIDATION - ispuniti Dodatak 1 i 4 <input type="checkbox"/> OBNAVLJANJE / RENEWAL - ispuniti Dodatak 1, 2 i 3 <input type="checkbox"/> PROŠIRENJE PRIVILEGIJA NA KATEGORIJU 1 ili/3 / EXTENSION OF PRIVILEGES TO CLASS 1 or/and 3 - ispuniti Dodatak 4 <input type="checkbox"/> PRIJAVA PROMJENE (navedi) / CHANGE (specify): <hr/>	
BROJ AME CERTIFIKATA / AME Certificate Number (Ukoliko je primjenjivo / If applicable)	
IME I PREZIME / Name and Surname	
OIB	
ADRESA / Address	
LOKACIJA/E OBAVLJANJA AME PRAKSE (naziv i adresa) / AME Practice location(s) (name and address)	
<p>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></p> <p>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></p> <p>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></p>	
Mjesto i datum / Place and Date	Potpis podnositelja / Signature of applicant

DODATAK 1 / Annex 1 – OSNOVNI PODACI / BASIC DATA	
DATUM ROĐENJA / <i>Date of Birth</i>	
TELEFON / <i>Phone</i>	
TELEFON za stranke (objava na web stranici HACZ)	
MOBILNI TELEFON / <i>Mobile Phone</i>	
E-MAIL za stranke (objava na web stranici HACZ)	
E-MAIL za komunikaciju sa HACZ (EAMR/EMPIC)	
NASLOV / <i>Avocation-Scientific Title</i>	
SPECIJALNOST / <i>Speciality</i>	
Valjanost (dd/mm/gggg): DOZVOLA ZA RAD HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE / <i>Licence of the Croatian Medical Chamber</i> 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 based on the registry</i>	I:
	II:
RADNO MJESTO UNUTAR ORGANIZACIJE / <i>Position within the Organisation</i>	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
Jezici komunikacije <input type="checkbox"/> engleski <input type="checkbox"/> njemački <input type="checkbox"/> francuski <input type="checkbox"/> talijanski <input type="checkbox"/> španjolski <input type="checkbox"/> slovenski <input type="checkbox"/> _____	

DODATAK 2 / Annex 2– PODACI KOJI SE ODOSE NA ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKOG ISPITIVAČA / DATA RELEVANT TO AERO-MEDICAL EXAMINER

MEDICINSKO ISKUSTVO

Medical experience

- GODINE PRAKTIČNOG ISKUSTVA
- RADNA MJESTA / FUNKCIJA
- KVALIFIKACIJE /TEČAJEVI/OBUKE

ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKO ISKUSTVO

Aero-Medical experience

- AME CERTIFIKAT?
- GODINE PRAKTIČNOG ISKUSTVA
- VRSTE PREGLEDA/BROJ PREGLEDA UKUPNO
- DRUGO?

OSNOVNA OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / *Basic Training in Aviation Medicine (Datum / Organizacija)*

NAPREDNA OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / *Advanced Training in Aviation Medicine (Datum / Organizacija)*

OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE ZA KATEGORIJU 3 / *Aviation Medicine Training for ATCO/Class 3 (Datum / Organizacija)*

OBUKA ZA OBNAVLJANJE ZNANJA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / *Refresher Training in Aviation Medicine*

DRUGO IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / *Other in Aviation Medicine*

KONGRESI, KONFERENCIJE, TEČAJEVI / *Conference/congress/course*

DRUGO ISKUSTVO U ZRAKOPLOVSTVU / *Other Experience in Aviation*

Imate li iskustva u pilotiranju? Upravljate 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		<input type="checkbox"/> AME PRISUTNOST / AME presence:		
ADRESA WEB STRANICE / WEB SITE ADDRESS				
RASPOLOŽIVI SPECIJALISTI-KONZULTANTI / SPECIALISTS-CONSULTANTS	SPECIJALISTA OFTALMOLOG	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> ugovorni	<input type="checkbox"/> obuka iz zrakoplovne medicine
	SPECIJALISTA OTORINOLARINGOLOG	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> ugovorni	<input type="checkbox"/> obuka iz zrakoplovne medicine
	PSIHOLOG	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> ugovorni	<input type="checkbox"/> obuka iz zrakoplovne psihologije
	SPECIJALISTA PSIHIJATAR	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> ugovorni	<input type="checkbox"/> obuka iz zrakoplovne medicine
	SPECIJALISTA NEUROLOG	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> ugovorni	<input type="checkbox"/> obuka iz zrakoplovne medicine
	SPECIJALISTA INTERNE MEDICINE	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> ugovorni	<input type="checkbox"/> obuka iz zrakoplovne medicine
	SPECIJALISTA	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> ugovorni	<input type="checkbox"/> obuka iz zrakoplovne medicine
	SPECIJALISTA	<input type="checkbox"/> zaposlen	<input type="checkbox"/> ugovorni	<input type="checkbox"/> obuka iz zrakoplovne medicine
Popis medicinske i tehničke opreme / List of medical -technical facilities				
<input type="checkbox"/> općenito oprema ordinacije (minimalni tehnički uvjeti po MZ) <input type="checkbox"/> računalo, štampač u boji, skener, fotokopirni uređaj, internet pristup <input type="checkbox"/> test na droge / alkohol <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> ISHIHARA tablice u boji – 24 slike <input type="checkbox"/> anomaloskop (Nagel ili ekvivalentan) (uvjet za preglede za kategoriju 3-kontrolori zračnog prometa) <input type="checkbox"/> vidna oštrina: tablica za oštrina vida 5/6 m, N5 ili ekvivalentna tablica / N14 ili ekvivalentnu tablica, optometar <input type="checkbox"/> tonalni audiometar <input type="checkbox"/> u KABINI/KOMORI <input type="checkbox"/> spirometar DRUGO, navedi:				
Klinički laboratorij: <input type="checkbox"/> vlastiti <input type="checkbox"/> ugovoren - naziv:				

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

→ ZA PRODULJENJE AME CERTIFIKATA

BROJ OBAVLJENIH ZRAKOPLOVNO-MEDICINSKIH PREGLEDA						
Kategorija:	GODINA 1:		GODINA 2:		GODINA 3:	
	inicijalni	redovni	inicijalni	redovni	inicijalni	redovni
1						
2						
3						
Kabinsko (CC)						
LAPL						
Vojni piloti						

OBUKA ZA OBNAVLJANJE ZNANJA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / Refresher Training in Aviation Medicine

GODINA 1:	GODINA 2:	GODINA 3:

KONGRESI, KONFERENCIJE / Congresses, Conferences

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

Kategorije 1– ukupno	Kategorije 2– ukupno	Kategorije LAPL– ukupno	Kategorije 3– ukupno

OBUKA ZA OBNAVLJANJE ZNANJA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE / Refresher Training in Aviation Medicine

KONGRESI, KONFERENCIJE / Congresses, Conferences

UPUTA ZA PODNOSITELJA ZAHTEVA

Rbr	Uz INICIJALNI zahtjev i zahtjev za OBNAVLJANJE u privitku dostaviti:	
1	<input type="checkbox"/>	Preslika osobne iskaznice ili putovnice
2	<input type="checkbox"/>	Potvrda o OIB-u
3	<input type="checkbox"/>	Životopis
4	<input type="checkbox"/>	Preslika Diplome Medicinskog fakulteta
5	<input type="checkbox"/>	Preslika Potvrde o završenoj specijalizaciji
6	<input type="checkbox"/>	Preslika važećeg Odobrenja za samostalni rad Hrvatske liječničke komore
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);
8	<input type="checkbox"/>	Izjava poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva o suglasnosti za stjecanje ili obnavljanje certifikata AME
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)
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.)
11	<input type="checkbox"/>	Biokemijski laboratorij – ako nema vlastiti nego ugovorni, potrebno je dostaviti presliku ugovora
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

Rbr	Uz zahtjev za PRODULJENJE u privitku dostaviti:	
1	<input type="checkbox"/>	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)
2	<input type="checkbox"/>	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))
3	<input type="checkbox"/>	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)
4	<input type="checkbox"/>	AME kategorije 1 - dokazi da je AME pohađao međunarodne zrakoplovstvo medicinske znanstvene sastanke ili kongrese (ICASM, ECAM, AsMA)
5	<input type="checkbox"/>	Iskustvo letačke posade (sjedalo 5 sektora, simulator 4 sata, upravljanje zrakoplovom 4 sata):
6	<input type="checkbox"/>	Preslika važećeg Odobrenja za samostalni rad Hrvatske liječničke komore
7	<input type="checkbox"/>	Izjava poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva o suglasnosti za produljenje certifikata AME
8	<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.

Rbr	Uz zahtjev za PROŠIRENJE PRIVILEGIJA na kategoriju 1/3 u privitku dostaviti:	
1	<input type="checkbox"/>	Dokaz o broju obavljenih liječničkih pregleda u prethodnih pet godina (najmanje 30 pregleda kat 2)
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)
3	<input type="checkbox"/>	Izješće o demonstriranoj kompetenciji za proširenje AME privilegije za kategoriju 1 (TLD-FRM-206)

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

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 kontakt.

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	Third country initial AME application shall be submitted with following documentation:	
1	<input type="checkbox"/>	Personal Identification document with picture (passport)
2	<input type="checkbox"/>	CV
3	<input type="checkbox"/>	Letter of employer or Statement by an applicant's employer to consent to the initial AME application
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
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)
6	<input type="checkbox"/>	Certificate of Completion of specialist training, with recognition of Croatian Medical Chamber of specializations and professional examinations
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
8	<input type="checkbox"/>	Evidence 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)
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).
10	<input type="checkbox"/>	Description that applicant has in place the necessary procedures and conditions to ensure medical confidentiality
11	<input type="checkbox"/>	A written declaration that the AME will issue medical certificates based on the requirements of Part-MED.
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).