

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 301; e-mail: aeromedical@ccaa.hr

IME I PREZIME	
OIB	
NAZIV I LOKACIJA PRAKSE	
TELEFON	
MOBILNI TELEFON	
WEB / E-MAIL	
DIPLOMA MEDICINSKOG FAKULTETA	
POTVRDA O ZAVRŠENOJ SPECIJALIZACIJI	
DOZVOLA ZA RAD HRVATSKE LIJEČNIČKE KOMORE (VALJANOST)	
MEDICINSKO ISKUSTVO: GODINE PRAKTIČNOG ISKUSTVA; RADNA MJESTA / FUNKCIJA; KVALIFIKACIJE /TEČAJEVI/OBUKE	
OBUKA IZ ZRAKOPLOVNE MEDICINE/OPERATIVNO OKRUŽENJE KABINSKE POSADE	
ISKUSTVO U ZRAKOPLOVSTVU	

Izjavljujem da su informacije na ovom obrascu i njegovim prilogima točne i istinite.

Mjesto i datum	Potpis podnosioca
----------------	-------------------

U prilogu dostaviti:

1. Preslika osobne iskaznice
2. Potvrda o OIB-u
3. Preslika Diplome Medicinskog fakulteta
4. Preslika Potvrde o završenoj specijalizaciji iz medicine rada
5. Preslika Odobrenja za samostalni rad Hrvatske liječničke komore
6. Životopis
7. Dokaz o završenoj obuci iz zrakoplovne medicine o radnom okruženju kabinske posade i proceduri za procjenu zrakoplovno-zdravstvene sposobnosti kabinske posade ili preslika AME certifikata ili preslike potvrda o završenoj obuci iz zrakoplovne medicine – ukoliko obuka nije završena, ista će se odraditi u organizaciji HACZ nakon podnošenja ovog obrasca u dogovoru sa podnositeljem
8. Suglasnost poslodavca
9. Preslika odobrenja ministarstva nadležnog za poslove zdravstva za obavljanje zdravstvene djelatnosti poslodavcu koji zapošljava podnositelja zahtjeva (minimalni tehnički uvjeti)
10. Preslika dokumentacije kojom se dokazuje osnivač i status organizacije poslodavca koji zapošljava podnositelja zahtjeva (preslika rješenja I izvadak Trgovačkog suda ili dr.)