

## ЗАХТЕВ ЗА СПРОВОЂЕЊЕ ПРОВЕРЕ ВАЗДУХОПЛОВНОМЕДИЦИНСКОГ ЦЕНТРА

На основу члана 189, 190 и 191 Закона о ваздушном саобраћају ("Службени гласник РС" бр.73/10, 51/11, 93/12, 45/15, 66/15 - др закон и 83/18), одред АРА.АеМС.110, АРА.GEN.310, ОРА.АеМС.115, ОРА.GEN.115 Правилника о дозволама, центрима за обуку и здравственој способности летачког особља („Службени гласник РС“, број 60/19), чланова АТСО.AR.F.001 и АТСО.OR.E.001 Правилника о дозволама контролора летења, центрима за обуку и ваздухопловно-медицинским центрима (Службени гласник РС“, број 83/15,18/16 и 71/17) и Процедуре издавања /измене сертификата овлашћеног ваздухопловно-медицинског центра (АеМС) Приручника Групе за ваздухопловну медицину, подноси се захтев у циљу провере испуњености услова за ваздухопловномедицински центар.

*On the basis of the Article 189, 190 and 191 of the Air Transport Law ("Official Gazette of of the RS" No. 73/10, 51/11, 93/12, 45/15, 66/15 -other laws and 83/18), Articles ARA.AeMC.110, ARA.GEN.310, ORA.AeMC.115, ORA.GEN.115 .Appendix 1, Annex VI and VII Part MED of the Regulation on Licenses, Training Organizations and Medical Fitness of Air Crew ("Official Gazette of the Republic of Serbia", No 60/19), Articles ATCO.AR.F.001 and ATCO.OR.E.001 of Regulation on air traffic controllers licences, training organisations and aeromedical centers ("Official Gazette of the RS" No 83/15, 18/16 and 71/17) and Procedure for issuance / change of AeMC certificates (AMS Manual), the application is being submitted for determining the fulfilment of the conditions for issuance/changes of AeMC certificates.*

### Захтев се подноси због:

- Иницијалног издавања сертификата  
 Измене у сертификату  
 Провере усаглашеност

### 1.1 Подаци подносиоца / *Applicant Data*

#### 1.1.1 Кориснички број / *Customer Number*

#### 1.1.2 Назив подносиоца / *Applicant Name*

#### 1.1.3 Адреса /*Address*

(регистрована пословна адреса / *registered business address*)

Улица и бр *Street / Nr*

Пошт.број / *Post Code*

Град / *City*

Држава / *Country*

#### 1.1.4 Контакт особа / *Contact Person*

(одговорна за овај захтев / *responsible for this application*)

Име и презиме / *Name and Surname*

Звање / *Title*

Назив рад. места / *Job title*

Телефон / *Phone*

Мобилни телефон / *Mobile phone*

Фах

Email	
<b>1.2</b>	<b>Ваздухопловно-медицински центар / Aero-medical Centre</b>
<input type="checkbox"/> Исто као и подаци апликанта у члану 1.1 (→ наставити са чланом 1.3) / <i>Same as Applicant Data in section 1.1 (→ continue with section 1.3)</i>	
<b>1.2.1 Назив ваздухопловно-медицинског центра / Aero-medical Centre Name</b>	
Назив / <i>Name</i>	
<b>1.2.2 Адреса ваздухопловномедицинског центра / Aero-medical Centre Address</b>	
Улица и бр <i>Street / Nr</i>	
Пошт.број / <i>Post Code</i>	
Град / <i>City</i>	
Држава / <i>Country</i>	
<b>Напомене за попуњавање захтева:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Обавезна поља за попуњавање: 1.1, 1.2, 2, 3.</li> <li>- Остала поља/прилози у обрасцу се попуњавају само у складу са разлогом подношења захтева за проверу;</li> <li>- Анекс I –наводе се све медицинске и техничке могућности које се односе на обим одобрења, укључујући помоћне клиничке локације</li> </ul>	
<b>Иницијално ЈАА овлашћење / Initial JAA Approval</b>	
Молимо доставите копију сертификата / <i>Please provide a copy of the certificate</i>	
<b>Планиран почетак рада / Intended commencement of activity on</b> (дд Месец гггг) / (dd Month yyyy)	
<b>2.</b>	<b>Шеф АеМС / Head of AeMC</b>
<b>2.1 Име / Name</b>	
<b>2.2 АМЕ подаци / AME certificate reference</b>	
<b>2.3 Класа 1 права од / Class 1 privilege since</b> (дд Месец гггг) / (dd Month yyyy)	
<b>2.4 Летачко искуство / Flight experience</b>	
<b>3.</b>	<b>Имена овлашћених АМЕs / Name of qualified AME(s)</b>
Користи Анекс II за листу свих овлашћених АМЕs, медицинског особља и стручних консултаната. / <i>Use Annex II to list all qualified AMEs, medical staff and supporting specialist consultants.</i>	
<b>4.</b>	<b>Приложена административна документација и приручник уз достављени захтев / Proposed administration documents and manuals submitted with application</b>
<b>4.1</b> Документација система руковођења / <i>Management System documentation</i> <b>4.2</b> CV Шефа АеМС-а / <i>Head of AeMC CV</i> <b>4.3</b> Евиденција обуке запослених / <i>Staff Training Records</i> <b>4.4</b> Остали приручници / <i>Other Manual(s)</i> <b>4.5</b> Документи о клиничкој повезаности са овлашћеним болницама или медицинским институтима / <i>Documents of clinical liaisons or liaison with designated hospitals / medical institutes</i>	
<b>5.</b>	<b>Ваздухопловномедицинска документација / Aeromedical documentation</b>

(Вођење документације / *Record-keeping*)

Аранжмани за безбедно и поверљиво чување  
медицинске документације? / *Arrangements for secure  
and confidential medical records keeping*

**6. Комуникација са медицинским оцењивачем (МА) ДЦВ / *Communication with medical  
assessor (MA) CAD***

Интернет конекција (ADSL), званична email адреса, и  
информатичка опрема за унос података и слање  
извештаја лекарског прегледа МА-у по принципу АМЕ  
on line in real time / *Internet connection (ADSL), official e-  
mail address, computer equipment for data entry and sending  
reports of the medical examination to the MA (using the  
instruction "AME on line in real time")*.

Телефон / *Phone*  
Мобилни телефон / *Mobile phone*  
Факс  
Email

**7. Просторије / *Accommodation***

**7.1** Просторије за пријем и прегледе овлашћеног  
летачког особља/контролора летења као и чување  
медицинске документације / *Admission and  
examination facilities of flight crew/air traffic  
controlers and for medical records keeping*.

**7.2.** Да ли је обезбеђена чекаоница за кандидате? / *Is  
there a waiting area provided for applicants?*

**7.3** Ординације за преглед: да ли је обезбеђена  
приватност током прегледа? / *Is the privacy provided/  
in aeromedical examination room?*

**8. Изјава подносиоца захтева / Applicant's declaration**

Изјављујем да имам правну способност за поднешење овог захтева и да су све информације наведене у овом захтеву и његовим додацима тачне, потпуне и истините. / *I hereby declare that I have the legal capacity to submit this application and that all information provided in this application form and its attachments are correct, complete and true.*

Ја, доле потписани, у име горе наведеног подносиоца захтева потврђујем да су све горе наведене особе у складу с важећим захтевима и да су сви наведени подаци потпуни и тачни. / *I, the undersigned, on behalf of the applicant identified above, certify that all persons named above are in compliance with the applicable requirements and that all the information given above is complete and correct.*

Датум / Место <i>Date / Place</i>	Име одговорног руководиоца / <i>Name of Accountable Manager</i>	Потпис / <i>Signature</i>

Овај захтев са додатном документацијом као што је наведено треба доставити лично или послати факсом, е-маилом или поштом на: / *This Application and the additional documents as outlined should be delivered personally or sent by fax, e-mail or regular mail to:*

**Директорат цивилног ваздухопловства Републике Србије**  
**Скадарска 23, Београд, Србија**  
тел. 011 292 71 69  
факс 011 311 75 79  
е-mail: [dgca@cad.gov.rs](mailto:dgca@cad.gov.rs)

Након пријема захтева од организације за иницијално издавање сертификата, надлежна власт ће верификовати усклађеност организације са примењивим захтевима.

Када се установи да је организација у складу с примењивим захтевима, надлежна власт ће издати сертификат на неограничено време. Привилегије и обим активности за које је организација одобрена ће бити спецификоване у условима одобрења приложеним сертификатима.

Како би се омогућило организацији да имплементира промене без претходног одобрења надлежне власти у складу са ORA.GEN.130, надлежна власт ће одобрити процедуру коју поднесе организација дефинишући обим таквих промена и описивајући како ће се управљати таквим променама и како ће се оне пријављивати.

*Upon receiving an application for the initial issue of a certificate for an organisation, the competent authority shall verify the organisation's compliance with the applicable requirements.*

*When satisfied that the organisation is in compliance with the applicable requirements, the competent authority shall issue the certificate for an unlimited duration. The privileges and scope of the activities that the organisation is approved to conduct shall be specified in the terms of approval attached to the certificate(s).*

*To enable an organisation to implement changes without prior approval of competent authority in accordance with ORA.GEN.130, the competent authority shall approve the procedure submitted by the organisation defining the scope of such changes and describing how such changes will be managed and notified.*

**Прилог I** Списак медицинских и техничких објеката укључујући помоћна клиничка одељења /  
**Annex I:** List of medical and technical facilities including auxiliary clinical sites.

Медицински и технички садржаји који се односе на обим одобрења & помоћна клиничка одељења. / <i>Medical &amp; technical facilities related to scope of approval &amp; auxiliary clinical sites.</i>			Врста / <i>Type</i>
1.	Name		<input type="checkbox"/> Клиничка повезаност <i>Clinical attachment</i>  <input type="checkbox"/> за иницијалну класу 1 <i>for initial class 1</i>
	Street / Nr		
	PO Box		
	Post Code		
	City		
	Country		
2.	Name		<input type="checkbox"/> Клиничка повезаност <i>Clinical attachment</i>  <input type="checkbox"/> за иницијалну класу 1 <i>for initial class 1</i>
	Street / Nr		
	PO Box		
	Post Code		
	City		
	Country		
3.	Name		<input type="checkbox"/> Клиничка повезаност <i>Clinical attachment</i>  <input type="checkbox"/> за иницијалну класу 1 <i>for initial class 1</i>
	Street / Nr		
	PO Box		
	Post Code		
	City		
	Country		
4.	Name		<input type="checkbox"/> Клиничка повезаност <i>Clinical attachment</i>  <input type="checkbox"/> за иницијалну класу 1 <i>for initial class 1</i>
	Street / Nr		
	PO Box		
	Post Code		
	City		
	Country		

Insert additional lines if necessary

**Прилог II** Списак квалификованих АМЕ-а, медицинског особља и пратећих специјалиста консултаната /

**Annex II:** List of qualified AMEs, medical staff and supporting specialist consultants

	<i>Identification and qualifications</i>		<i>Certificate No &amp; role</i>	<i>Type of Employment</i>
1.	<i>Name</i>		RS /AME-012	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting specialist consultant	
2.	<i>Name</i>		RS /AME-013	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting specialist consultant	
3.	<i>Name</i>		n/a	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting specialist consultant	
4.	<i>Name</i>			<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting specialist consultant	
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting specialist consultant	
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting specialist consultant	
5.	<i>Name</i>			<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting specialist consultant	
6.	<i>Name</i>			<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting specialist consultant	
7.	<i>Name</i>			<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Supporting	

			<i>specialist consultant</i>	
8.	<i>Name</i>			
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> <i>AME</i> <input type="checkbox"/> <i>Supporting specialist consultant</i>	<input type="checkbox"/> <i>Full Time</i> <input type="checkbox"/> <i>Part Time</i>
9.	<i>Name</i>			
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> <i>AME</i> <input type="checkbox"/> <i>Supporting specialist consultant</i>	<input type="checkbox"/> <i>Full Time</i> <input type="checkbox"/> <i>Part Time</i>
10.	<i>Name</i>			
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> <i>AME</i> <input type="checkbox"/> <i>Supporting specialist consultant</i>	<input type="checkbox"/> <i>Full Time</i> <input type="checkbox"/> <i>Part Time</i>
11.	<i>Name</i>			
	<i>Qualifications</i>		<input type="checkbox"/> <i>AME</i> <input type="checkbox"/> <i>Supporting specialist consultant</i>	<input type="checkbox"/> <i>Full Time</i> <input type="checkbox"/> <i>Part Time</i>

*Insert additional lines if necessary*



Прилог III: Списак медицинске и техничке опреме (*обавезно) <i>Annex III: List of medical -technical facilities (*mandatory)</i>		Врста / <i>Type</i>
1	Кардиолошка опрема за испитивање: / <i>Cardiology Facilities to perform:</i>	<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
2	Офтамолошка опрема за испитивање: / <i>Ophthalmology Facilities for the examination of:</i>	<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"/> Colour vision (anomaloscopy or equivalent) <input type="checkbox"/> Visual fields <input type="checkbox"/> Refraction <input type="checkbox"/> Heterophoria
3	Слух / <i>Hearing</i>	<input type="checkbox"/> Pure-tone audiometer
4	Оториноларинголошка опрема за: / <i>Otorhinolaryngology Facilities for:</i>	<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"/> Spirometry
5	Пулмолошко испитивање / <i>Examination of pulmonary function</i>	
6	Клиничка лабораторијска опрема / <i>Clinical laboratory facilities</i> <input type="checkbox"/> available at the AeMC (list) <input type="checkbox"/> arranged with a service provider (submit evidence document (contract))	
7	Ултразвук абдомена / <i>Ultrasound of the abdomen</i> <input type="checkbox"/> available at the AeMC <input type="checkbox"/> arranged with a service provider (submit evidence document (contract))	
8	Остало / <i>Other</i>	



**УПУТСТВО ЗА ОБРАЗАЦ ДЦВ-МЕД-ОБ-168 / GUIDANCE FOR FORM CAD-MED-168**

- I.** За иницијално издавање, усаглашавање или измену АеМС сертификата треба уз попуњени образац Захтева (ДЦВ-МЕД-ОБ-168) доставити:
- Доказ о извршеној уплати Републичке административне таксе у прописаном износу;
  - Прилог I** Списак медицинских и техничких објеката укључујући помоћна клиничка одељења;  
**Прилог II** Списак квалификованих АМЕ-а, медицинског особља и пратећих специјалиста консултаната;
  - Прилог III:** Списак медицинске и техничке опреме (кардиоваскуларна, офталмолошка, ОРЛ, пулмолошка, лабораторијска, и остало);  
За клиничку лабораторијску опрему и за ултразвук абдомена – ако нема сопствену већ уговорну, доставити фотокопију уговора;
- II** За иницијално издавање АеМС сертификата уз попуњени образац Захтева (ДЦВ-МЕД-ОБ-168) треба доставити:
- Фотокопију одобрења надлежног министарства (здравља, одбране) за обављање здравствене делатности подносиоца захтева;
  - Фотокопију документације којом се доказује оснивач и статус организације послодавца (фотокопија решења Агенције за привредне регистре);
  - Фотокопију Дипломе Медицинског факултета и Дипломе о завршеној специјализацији овлашћених лекара и специјалиста консултаната;
  - Фотокопију Лиценце Лекарске коморе Србије овлашћених лекара и специјалиста консултаната;
  - Доказ о завршеним обукама из ваздухопловне медицине овлашћених лекара и специјалиста консултаната (сертификат са базног или напредног курса);
  - Писану изјаву овлашћених лекара и специјалиста консултаната да ће здравствене прегледе и издавање лекарских уверења ваздухопловном особљу обављати у складу са захтевима прописаним у Правилнику о дозволама, центрима за обуку и здравственој способности летачког особља („Службени гласник РС“, број 60/19), Правилнику о дозволама контролора летења, центрима за обуку контролора и ваздухопловномедицинским центрима (Службени гласник РС" бр.83/15, 18/16 и 71/17) ;
  - Писану изјаву овлашћених лекара и специјалиста консултаната да ли су икада против њеих предузимане дисциплинске мере (суспензија, брисање из регистра ЛКС) по основу медицинске праксе, као и да ли је био осуђиван за кривично дело и да ли је предмет истражног поступка.
- III.** Уз захтев за измену АеМС сертификата треба доставити:
- Доказ о броју обављених здравствених прегледа у претходне три године (издаје Head of AMS);
  - Друге доказе у случају промене у односу на услове код иницијалног издавања АеМС сертификата;
  - Писано образложење о било каквој промени која може утицати на АеМС сертификат;
  - Уколико је примењиво, доказе о било каквој промени услова на основу којих је издат АеМС сертификат, укључујући садржај изјава предатих уз захтев.
- III** Уз захтев за усаглашеност АеМС сертификата треба доставити:
- Документацију која се односи на предмет периодичне провере
- Напомене:**  
Назив и адреса подносиоца захтева наведен у обрасцу ће бити штампан на сертификату који ће издати Директорат.  
Проверите се да ли је одговорни руководиоца потписао образац захтева.

