

**ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ / ИЗМЕНУ СЕРТИФИКАТА
ВАЗДУХОПЛОВНОМЕДИЦИНСКОГ ЦЕНТРА (АеМС)**

На основу Закона о ваздушном саобраћају ("Службени гласник РС" бр.73/10, 51/11, 93/12, 45/15, 66/15 - др закон и 83/18 и 9/20), одредби 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.АР.Ф.001 и АТСО.ОР.Е.001 Правилника о дозволама контролора летења, центрима за обуку и ваздухопловно-медицинским центрима (Службени гласник РС“, број 83/15,18/16 и 71/17) подноси се захтев у циљу провере испуњености услова за издавање/измену сертификата ваздухопловно-медицинског центра.

On the basis of 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 and 9/20), Articles АРА.АеМС.110 , АРА.GEN.310, ОРА.АеМС.115, ОРА.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 АТСО.АР.Ф.001 and АТСО.ОР.Е.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) the application is being submtted for establising the fulfilment of the conditions for issuance/changes of АеМС certificate.

Захтев се подноси због:

- ИЗДАВАЊА СЕРТИФИКАТА/ Issuance of certificate**
 ИЗМЕНА У СЕРТИФИКАТУ/ Changes in certificate

1.1 Подаци подносиоца / Applicant Data

1.1.1 Назив подносиоца / Applicant Име и презиме

1.1.2 Адреса /Address

(регистрована пословна адреса / registered business address)

Улица и бр Street / Nr

Пошт.број / Post Code

Град / City

Држава / Country

1.1.3 Контакт особа / Contact Person (одговорна за овај захтев / responsible for this application)

Име и презиме / Име и презиме and SurИме и презиме

Звање / Title

Назив рад. места / Job title

Телефон / Phone

Мобилни телефон / Mobile phone

Фах

Email

1.2 Ваздухопловно-медицински центар / Aero-medical Centre		
<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>		
1.2.1 Назив ваздухопловно-медицинског центра / Aero-medical Centre <i>Име и презиме</i>		
Назив / <i>Име и презиме</i>		
1.2.2 Адреса ваздухопловномедицинског центра / Aero-medical Centre Address		
Улица и бр <i>Street / Nr</i>		
Пошт.број / <i>Post Code</i>		
Град / <i>City</i>		
Држава / <i>Country</i>		
Напомене за попуњавање захтева:		
<ul style="list-style-type: none"> - Обавезна поља за попуњавање: 1.1, 1.2, 2, 3. - Остала поља/прилози у обрасцу се попуњавају само у складу са разлогом подношења захтева за проверу; - Анекс I –наводе се све медицинске и техничке могућности које се односе на обим одобрења, укључујући помоћне клиничке локације 		
Иницијално ЈАА овлашћење / <i>Initial JAA Approval</i>		
Молимо доставите копију сертификата / <i>Please provide a copy of the certificate</i>		
Планиран почетак рада / <i>Intended commencement of activity on</i> (дд Месец гггг) / (dd Month yyyy)		
2. Руководилац АеМС / <i>Head of AeMC</i>		
2.1 Име / <i>Име и презиме</i>		
2.2 АМЕ подаци / <i>AME certificate reference</i>		
2.3 Класа 1 права од / <i>Class 1 privilege since</i> (дд Месец гггг) / (dd Month yyyy)		
2.4 Летачко искуство / <i>Flight experience</i>		
3. Имена овлашћених АМЕs / <i>Име и презиме of qualified AME(s)</i>		
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 специјалиста консултант/друго медицинско особљеs.</i>		
4. Приложена административна документација и приручник уз достављени захтев <i>Proposed administration documents and manuals submitted with application</i>		
4.1 Документација система руковођења / <i>Management System documentation</i>		
4.2 CV Шефа АеМС-а / <i>Head of AeMC CV</i>		
4.3 Евиденција обуке запослених / <i>Staff Training Records</i>		
4.4 Остали приручници / <i>Other Manual(s)</i>		
4.5 Документи о клиничкој повезаности са		
Издање : 07	Датум примене: 18.03.2020.	Страна: 2 од 8

<p>здравственим установама / <i>Documents regarding clinical liasons or liaison with medical institutions</i></p> <p>4.6. Документација у вези са изменама у сертификату <i>Documents regarding changes in certificate</i></p>	
<p><i>Напомена: Приликом подношења захтева за измену у сертификату доставља се документација наведена под 4.1 и 4.6 а остало у зависности од врсте измене у сертификату</i></p>	
<p>5. Чување ваздухопловномедицинске документације / <i>Aeromedical record keeping</i></p>	
<p>Аранжмани за безбедно и поверљиво чување медицинске документације? / <i>Arrangements for secure and confidential medical records keeping</i></p>	
<p>6. Комуникација са медицинским оцењивачем (МА) ДЦВ / <i>Communication with medical assessor (MA)</i></p>	
<p>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 / <i>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")</i>.</p>	
<p>Телефон / <i>Phone</i> Мобилни телефон / <i>Mobile phone</i> Fax Email</p>	
<p>7. Просторије / <i>Facilites</i></p>	
<p>7.1 Просторије за пријем и прегледе овлашћеног летачког особља/контролора летења као и чување медицинске документације / <i>Admission and examination facilities of flight crew/air traffic controlers and for medical records keeping.</i></p>	
<p>7.2. Да ли је обезбеђена чекаоница за кандидате? / <i>Is waiting area provided for applicants?</i></p>	
<p>7.3 Ординације за преглед: да ли је обезбеђена приватност током прегледа? / <i>Is the privacy provided in aeromedical examination room?</i></p>	

8. Изјава подносиоца захтева / Applicant's declaration

Изјављујем да имам правну способност за поднесање 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>	Руководилац АеМС/ <i>Head of AeMC</i>	Потпис / <i>Signature</i>

Након пријема захтева од организације за издавање/измену 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 квалификованих АМЕ-а, медицинског особља и пратећих специјалиста консултаната /

Annex I: List of qualified AMEs, medical staff and специјалиста консултант/друго медицинско особље

1.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултант/друго медицинско особље	
2.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултант/друго медицинско особље	
3.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултант/друго медицинско особље	
4.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултант/друго медицинско особље	
5.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултант/друго медицинско особље	
6.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултант/друго медицинско особље	
7.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултант/друго медицинско особље	
8.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста	
Издање : 07		Датум примене: 18.03.2020.		Страна: 5 од 8

			консултатнт/друго медицинско особље	време <input type="checkbox"/> Уговор
9.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултатнт/друго медицинско особље	
10.	Име и презиме		<input type="checkbox"/> АМЕ	<input type="checkbox"/> Пуно радно време <input type="checkbox"/> Уговор
	Квалификације		<input type="checkbox"/> Специјалиста консултатнт/друго медицинско особље	

Insert additional lines if necessary

Прилог III: Списак медицинске и техничке опреме (*обавезно) <i>Annex III: List of medical -technical facilities (*mandatory)</i>		Врста / Type
1	Кардиолошка опрема за испитивање: / <i>Cardiology Facilities to perform:</i>	<input type="checkbox"/> 12-lead resting ECG <input type="checkbox"/> Stress ECG <input type="checkbox"/> 24-hour blood pressure monitoring <input type="checkbox"/> 24-hour rhythm monitoring
2	Офталмолошка 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
5	Пулмолошко испитивање / <i>Examination of pulmonary function</i>	<input type="checkbox"/> Spirometry
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>	

Документација/ Documentation

- I.** За иницијално издавање или измену АеМС сертификата уз попуњени образац Захтева потребно је доставити:
- Доказ о извршеној уплати Републичке административне таксе у прописаном износу;
 - Прилог I** Списак квалификованих АМЕ-а, медицинског особља и пратећих специјалиста консултаната;
 - Прилог II:** 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;
 - 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 основног 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 важећој регулативи : Правилнику о дозволама, центрима за обуку и здравственој способности летачког особља и Правилнику о дозволама контролора летења, центрима за обуку контролора и ваздухопловномедицинским центрима
 - Писану изјаву овлашћених лекара и специјалиста консултаната да ли су икада против њих 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.
 - Документацију наведену у секцији 4 обрасца захтева.
- II.** Уз захтев за измену АеМС сертификата потребно је доставити:
- Друге доказе у случају промене у односу на услове код иницијалног издавања АеМС сертификата;
 - Писано образложење / доказе о промени 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.
 - Документацију наведену у секцији 4 обрасца захтева.
 - Доказ о извршеној уплати Републичке административне таксе у прописаном износу

У зависности од најављене измене може се захтевати и достављање Прилога I и II.