



EASA OPS form 4

Ten druk należy wypełnić, wydrukować i podpisać

Dane dotyczące Personelu Nominowanego, który musi być zaakceptowany zgodnie z:

Proszę zaznaczyć właściwe

OPS-1 JAR OPS-3 AWC AHAC AOC (balony)

1. Nazwa Operatora:

2. Numer certyfikatu:

3. Nazwisko i imię:

4. Stanowisko:

5. Kwalifikacje dotyczące stanowiska wg punktu (4):

6. Doświadczenie dotyczące stanowiska wg punktu (4):



7. Inne aktualnie zajmowane stanowiska podlegające zgłoszeniu na EASA OPS Form 4 (podać nazwę organizacji i numer certyfikatu)

Empty rectangular box for listing positions.

Podpis osoby nominującej (ACCM):.....

Data:

Jeżeli osoba nominowana nie spełnia całkowicie wymagań należy załączyć EASA OPS Form 4 na Zastępcę z właściwym opisem jego kwalifikacji

Ten formularz po wypełnieniu należy wysłać do ULC wraz z pismem przewodnim oraz drukami OPQ i CHZ (o ile dotyczy).

Tylko do użytku ULC

Nazwisko i podpis upoważnionego pracownika ULC akceptującego tę osobę:

Podpis Data

Nazwisko..... Inspektorat.....

Uzgodniono z Departamentem (o ile dotyczy):

- Techniki Lotniczej
- Personelu Lotniczego

Nazwisko..... Inspektorat.....

Nr pisma zatwierdzającego:.....

ADRES DO KORESPONDENCJI

PREZES URZĘDU LOTNICTWA CYWILNEGO
Departament Operacyjno-Lotniczy
Ul. Flisa 2
02-247 Warszawa