...................................................................... ……….…………… dnia .........................r.

*(Nazwa podmiotu wnioskującego)*

*(pieczęć firmowa)*

**Prezes**

**Urzędu Lotnictwa Cywilnego**

ul. M. Flisa 2

02-247 Warszawa

**Wniosek**

**o wszczęcie procesu certyfikacji**

**centrum medycyny lotniczej**

Po zapoznaniu się z wymaganiami mających zastosowanie przepisów i norm krajowych oraz międzynarodowych oświadczam, że .………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

*(nazwa podmiotu wnioskującego)*

spełnia wymagania przepisów ustanowionych dla wydania przedmiotowego Certyfikatu i wnioskuję o wszczęcie przez Prezesa ULCprocesu certyfikacji centrum medycyny lotniczej i wydanie Certyfikatu w zakresie podanym w załączniku do niniejszego wniosku.

Wnioskowaną działalność zamierzamy podjąć od dnia: ………………………….…

………………………………………………………

*(podpis wnioskodawcy)*

*Załącznik nr 1*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Podmiot ubiegający się o certyfikat:** | | | | | | | | |
| 1.1 Dane podmiotu ubiegającego się o certyfikat: | | | | | | | | |
| 1.1.1 Nazwa podmiotu (centrum medycyny lotniczej): | | | | | | | | |
| 1.1.2 Adres: | ulica/nr |  | | | | | | |
| kod pocztowy |  | | | | | | |
| miasto |  | | | | | | |
| państwo |  | | | | | | |
| 1.1.3 Osoba kontaktowa | Pan □ Pani □ | | | | | | | |
|  | nazwisko |  | | | | | | |
| imię |  | | | | | | |
| st. służbowe |  | | | | | | |
| tel./fax służbowy |  | | | | | | |
| e-mail |  | | | | | | |
| 1.2 Centrum medycyny lotniczej ubiegające się o certyfikat | | □ Takie same jak dane aplikacyjne w pkt 1.1 (c.d. jak dla 1.3) | | | | | | |
| 1.2.1 Nazwa centrum medycyny lotniczej: | | □ Taka sama jak w pkt 1.1.1 | | | | | □ Inna (określić poniżej) | |
| Nazwa: |  | | | | | |
| 1.2.2 Adres centrum medycyny lotniczej: | | □ Taki sam jak w pkt 1.1.2 | | | | | | □ Inny (określić poniżej) |
| ulica/nr | |  | | | | |
| kod pocztowy | |  | | | | |
| miasto | |  | | | | |
| państwo | |  | | | | |
| 1.2.3 Adres świadczenia usług orzeczniczych: | | □ Taki sam jak w pkt 1.2.2 | | | | □ Inny (określić poniżej) | | |
| ulica/nr | | |  | | | |
| kod pocztowy | | |  | | | |
| miasto | | |  | | | |
| państwo | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2. Specyfika pracy podmiotu wnioskującego:** | | |
| 2.1 Specyfikacja działalności: | | |
| □ zgłoszenie wstępne | | |
| □ zmiana zgłoszenia | | Nr decyzji Prezesa ULC: |
| □ odnowienie wcześniej przyznanego certyfikatu  na podstawie art. 10 c § 2 rozporządzenia UE nr  1178/2011 i rozporządzenia UE nr 290/2012 | | Nr decyzji Prezesa ULC: |
| Przewidywany termin rozpoczęcia działalności: | |  |
| **3. Kierownik/Dyrektor Centrum Medycyny Lotniczej:** | | |
| 3.1 Imię i nazwisko: | | |
| 3.2 Nr uprawnień lekarza orzecznika: | | |
| 3.3 Uprawnienia na klasę 1 od dnia: | | |
| 3.4 Ilość przeprowadzonych badań kl. 1: | | |
| **4. Zakres wnioskowanej działalności:** | Przeprowadzanie badań lotniczo-lekarskich dla:  □ kl. 1, □ kl. 2, □ kl. LAPL, □ kl. 3, □ CC □ kl. krajowe  Prowadzenie szkoleń dla:  □ lekarzy orzeczników, □ kandydatów na lekarzy orzeczników | |
| **5. Lista dokumentów dołączonych do wniosku:** | | |
| □ Wypis z właściwego rejestru opieki zdrowotnej;  □ Statut zakładu opieki zdrowotnej lub wypis ze statutu;  □ Odpisy dokumentów poświadczających zatrudnienie w zakładzie opieki zdrowotnej lekarzy orzeczników  oraz specjalistów z zakresu medycyny lotniczej lub medycyny transportu;  □ Uprawnienia zatrudnionych lekarzy orzeczników (dokumenty potwierdzające uprawnienia);  □ Dokumentacja powiązań lub współpracy ze szpitalami, instytutami medycznymi lub specjalistami zajmującymi się problematyką medycyny lotniczej;  □ Doświadczenie orzecznicze w zakresie badań lotniczo-lekarskich Kierownika/Dyrektora Centrum Medycyny Lotniczej;  □ Lista lekarzy specjalistów/ konsultantów współpracujących z Centrum Medycyny Lotniczej;  □ Lista osób posiadających dostęp do dokumentacji lotniczo-lekarskiej;  □ Lista wyposażenia w sprzęt medyczny / specjalistyczny;  □ Podręcznik organizacji;  □ Dowód wniesienia opłaty lotniczej za wydanie certyfikatu centrum medycyny lotniczej  □ Inne (wymienić jakie): | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **6. System zarządzania** | Odniesienie w dokumentacji Centrum Medycyny Lotniczej |
| 6.1 Wyraźnie zdefiniowany zakres obowiązków i odpowiedzialności w całej organizacji, w tym bezpośredniej odpowiedzialności kierownika odpowiedzialnego za bezpieczeństwo | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 6.2 opis ogólnych zasad i reguł rządzących organizacją w odniesieniu do bezpieczeństwa – „polityka bezpieczeństwa” | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 6.3. Identyfikacja zagrożeń bezpieczeństwa lotniczego związana z działalnością organizacji, ich ocena i zarządzanie powiązanym ryzykiem, w tym podjęcie działań zmierzających do zmniejszenia ryzyka i zweryfikowania ich skuteczności | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 6.4 Zachowanie poziomu wyszkolenia i kompetencji personelu umożliwiającego mu wykonywanie zadań | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 6.5 Dokumentacja wszystkich najważniejszych procesów objętych systemem zarządzania, w tym procesu uświadamiania personelu o jego obowiązkach oraz procedurze zmieniania tej dokumentacji | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 6.6 Monitorowanie zgodności funkcjonowania organizacji z odpowiednimi wymaganiami wraz z systemem zwrotnym informowania kierownika odpowiedzialnego o niezgodnościach | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| **7. Personel** | Odniesienie w dokumentacji Centrum Medycyny Lotniczej |
| 7.1 Kierownik odpowiedzialny za ustanowienie i utrzymanie skutecznego systemu zarządzania | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 7.2. Kierownik Centrum Medycyny Lotniczej uprawniony do wydawania orzeczeń lotniczo -lekarskich kl. 1 i posiadający odpowiednie doświadczenie w zakresie medycyny lotniczej | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 7.3 Personel z odpowiednimi kwalifikacjami umożliwiającymi wykonywanie zadań i czynności zgodnie z obowiązującymi wymaganiami – dokumentacja dotycząca doświadczenia, kwalifikacji i szkolenia personelu | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 7.4 Świadomość zasad i procedur istotnych dla personelu podczas wywiązywania się ze swoich obowiązków | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| **8. Zaplecze medyczno-techniczne** | Odniesienie w dokumentacji Centrum Medycyny Lotniczej |
| 8.1 Dysponowanie zapleczem umożliwiającym wykonywanie zadań i czynności organizacji zgodnie z obowiązującymi wymaganiami *(AMC1 ORA. AeMC.215)* | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| **9. Dokumentacja** | Odniesienie w dokumentacji Centrum Medycyny Lotniczej |
| 9.1 System prowadzenia dokumentacji umożliwiający właściwe przechowywanie oraz skuteczne monitorowanie informacji dotyczących wszystkich opracowanych działań | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 9.2 Określenie sposobu dokumentowania w procedurach organizacji | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| 9.3 Dostęp do dokumentacji medycznej i sposób jej przechowywania zapewniający ochronę przed zniszczeniem, zmianami i kradzieżą | *Wskazać odniesienie w dokumentacji* |
| **10. Oświadczenie osoby składającej wniosek**  Ja, …………………………………………………………………………………… oświadczam, że jestem uprawniony/a do przedłożenia niniejszego wniosku w Urzędzie Lotnictwa Cywilnego a wszystkie wyżej zamieszczone informacje są kompletne i prawdziwe.  ……………………………………………………………  *(data i podpis wnioskodawcy)* | |