|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **C:\Users\mdzon\Pictures\Urząd_Lotnictwa_Cywilnego-logo_2.jpgDEPARTAMENT BEZZAŁOGOWYCH STATKÓW POWIETRZNYCH URZĄD LOTNICTWA CYWILNEGO**  **ul. M. Flisa, 02-247 Warszawa** | Kod wniosku:  **2EU/LBSP**  **v.2.0 z 30.01.2023** |
| INFORMACJA DLA WYPEŁNIAJĄCYCH WNIOSEK Kandydat składa niniejszy wniosek w celu uzyskania poświadczenia spełnienia wymagań określonych w pkt 4 lit c i d dodatku 3 załącznika do rozporządzenia nr 2019/947. Poświadczenie wydawane jest na podstawie wytycznych nr 7 Prezesa ULC z dnia 09.06.2021 r. Wniosek dotyczy uzyskania poświadczenia w drodze szkolenia lub weryfikacji (w przypadku przedłużenia wydanego wcześniej poświadczenia).  Wniosek należy złożyć uzupełniony przez:   * kandydata w części „A" * wyznaczonego / uznanego operatora potwierdzającego szkolenia w części „B"   Dokument należy wysłać do Urzędu Lotnictwa Cywilnego pocztą na adres: ul. Marcina Flisa 2, 02-247 Warszawa,  elektronicznie poprzez ePUAP\* lub dostarczyć osobiście.  \*Wysyłając wniosek poprzez ePUAP obydwa podpisy elektroniczne widniejące na dokumencie (operatora szkolącego oraz kursanta) muszą umożliwiać ich osobną weryfikację. | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ A – wypełnia KANDYDAT** | | | | |
| **WNIOSEK O WYDANIE POŚWIADCZENIA SPEŁNIENIA WYMAGAŃ**  **OKREŚLONYCH W PKT 4 LIT C i D DODATKU 3 ZAŁĄCZNIKA DO ROZPORZĄDZENIA**  **NR 2019/947/UE.** | | | | |
| **DANE OSOBOWE (proszę wypełnić wielkimi literami)** | | | | |
| Imię: |  | | Nazwisko: |  |
| Nr pilota: |  | | | |
| e-mail: |  | | Telefon: |  |
| Data i czytelny podpis kandydata: | |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ B – wypełnia OPERATOR** | | | | |
| **Potwierdzenie szkolenia lub weryfikacji na członka personelu wyznaczonego operatora / uznanego podmiotu, odpowiedzialnego za zadania z zakresu szkolenia praktycznego i oceny umiejętności praktycznych w zakresie wymagań, o których mowa w pkt. 4 lit c i d dodatku 3 załącznika do rozporządzenia 2019/947/UE** | | | | |
| **DANE OPERATORA „SZKOLĄCEGO” (proszę wypełnić wielkimi literami)** | | | | |
| Nazwa OPERATORA |  | | | |
| Nr OPERATORA |  | | | |
| Okres szkolenia / weryfikacji: |  | Nr scenariusza/-y STS / NSTS w warunkach którego prowadzone było szkolenie / weryfikacja: | |  |
| Imię i nazwisko pilota nadzorującego kandydata: |  | | Nr pilota nadzorującego kandydata: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Data i czytelny podpis kierownika odpowiedzialnego: |  |