## WNIOSEK O WYDANIE CERTYFIKATU LEKARZA ORZECZNIKA MEDYCYNY LOTNICZEJ

 Wniosek o przywilej wydawania orzeczeń klasy 1

 Wniosek o przywilej wydawania orzeczeń klasy 2

 Wniosek o przywilej wydawania orzeczeń klasy 3

 Wniosek o przywilej wydawania orzeczeń klasy LAPL

 Wniosek o przywilej wydawania raportów medycznych klasy CC

Poprzez złożenie tego wniosku oświadczam , że:

* Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza wydane przez:

...........................................................................................................

...........................................................................................................

...........................................................................................................

*(nazwa organu wydającego prawo wykonywania zawodu, nr prawa wykonywania zawodu)*

* Nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie wyjaśniające ani dyscyplinarne prowadzone przez organy lekarskie;
* Posiadam wiedzę dotyczacą wymagań dla lekarzy orzeczników medycyny lotniczj oraz wymagań zdrowotnych dla personelu lotniczego i personelu pokładowego zawartych w rozporządzeniu Komisji (EU) nr 1178/2011 i rozporzadzeniu Komisji (EU) nr 2015/340;
* Zdaję sobie sprawę, że moja działalność orzeczniczo-lekarska w obszarze medycyny lotniczej będzie podlegała nadzorowi Urzędu Lotnictwa Cywilnego.
* Będę wydawał/wydawała orzeczenia lotniczo - lekarskie w oparciu o wymagania określone w załączniku IV Część MED rozporządzenia Komisji (UE) nr 1178/2011 z dnia 3 listopada 2011 r. *ustanawiającym wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do załóg w lotnictwie cywilnym zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008* (Dz. U. L 311 z dnia 25.11.2011 r.) oraz w oparciu o akceptowalne sposoby potwierdzania spełniania wymagań (AMC) i materiały zawierające wytyczne (GM) do załącznika IV PART MED a także zgodnie z przepisami krajowymi wydanymi na podstawie ustawy z dnia 3 lipca 2002 r.- Prawo lotnicze (Dz. U. z 2017 r. poz. 959 z późn. zm.)
* Będę wydawał/wydawała orzeczenia lotniczo - lekarskie w oparciu o wymagania określone w załączniku IV Część ATCO-MED rozporządzenia Komisji (UE) nr 2015/340z dnia 20 lutego 2015 r. *ustanawiającym wymagania techniczne i procedury administracyjne dotyczące licencji i certyfikatów kontrolerów ruchu lotniczego zgodnie z rozporzadzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008, zmieniającym rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE)nr 923/2012 i uchylającym rozporządzenie Komisji(UE) nr 805/2011* (Dz.U.L63 z dnia 6 marca 2015 r.) oraz w oparciu o akceptowalne sposoby potwierdzania spełniania wymagań (AMC) i materiały zawierające wytyczne (GM) do załącznika IV ATCO MED a także zgodnie z przepisami krajowymi wydanymi na podstawie ustawy z dnia 3 lipca 2002 r.- Prawo lotnicze (Dz. U. z 2017 r. poz. 959 z późn. zm.)
* Nie posiadam certyfikatu lekarza orzecznika o takim samym zakresie i takiej samej kategorii wydanego w innym Państwie Członkowskim;
* Nie ubiegałem / nie ubiegałam się o certyfikat lekarza orzecznika o takim samym zakresie i takiej samej kategorii wydany w innym Państwie Członkowskim;
* Nigdy nie posiadałem / nie posiadałam certyfikatu lekarza orzecznika o takim samym zakresie i takiej samej kategorii wydanego w innym Państwie Członkowskim, które zostało cofnięte lub zawieszone w innym Państwie Członkowskim;

Jednocześnie oświadczam, iż poinformowano mnie, że jakakolwiek informacja niezgodna z prawdą może skutkować odmową wydania certyfikatu lekarza orzecznika medycyny lotniczej.

..............................................

(Data i podpis wnioskodawcy)

**Dane osobowe**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość: | | | Data: |
| Imę i nazwisko: | | | Pesel: |
| Adres zamieszkania: | | | |
| Kod pocztowy: | Miejscowość: | | |
| Telefon: | | Telefon komórkowy: | |
| Adres email: | | | |

|  |
| --- |
| Podpis: |

*Załącznik 1 do wniosku o wydanie Certyfikatu Lekarza Orzecznika Medycyny Lotniczej*

**Informacje dotyczące szkoleń i doświadczenia w zakresie medycyny lotniczej**

*(Należy dołączyć poświadczone kopie dokumentów wykazujące kwalifikacje, szkolenia z zakresu orzecznictwa lotniczo-lekarskiego oraz doświadczenie)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prawo wykonywania zawodu (organ wydający, numer) |  | Rok |
| Specjalizacje (nazwa,organ wydający) |  | Rok |
|  | Rok |
|  | Rok |
|  | Rok |
| Kurs podstawowy orzecznictwa lotniczo-lekarskiego | Prowadzący szkolenie | Rok |
| Kurs zaawansowany orzecznictwa lotniczo-lekarskiego | Prowadzący szkolenie | Rok |
| Specjalizacja z medycyny lotniczej | Prowadzący szkolenie | Rok |
| Inne kursy z medycyny lotniczej | Prowadzący szkolenie | Rok |
| Szkolenie praktyczne w Centrum Medycyny Lotniczej | Prowadzący szkolenie | Rok |
| Inne szkolenia | Prowadzący szkolenie | Rok |
| Inne działania w obszarze lotnictwa i medycyny lotniczej |  | Rok |

*Załącznik 2 do wniosku o wydanie Certyfikatu Lekarza Orzecznika Medycyny Lotniczej*

**Szczegóły dotyczące miejsca wykonywania praktyki orzeczniczo-lekarskiej**

*(dla każdego miejsca wykonywania działalności orzeczniczej oddzielny załącznik)*

1. **Dane kontaktowe**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa gabinetu: | | |
| Forma wykonywania działalnosci leczniczej*: zgodnie z art. 5.2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej(Dz.U. z 2016r., poz. 1638 z późn. zm.) - np. indywidualna praktyka lekarska, nr wpisu, organ wydający* | | |
| Adres miejsca wykonywania działalności orzeczniczo-lekarskiej: | | |
| Kod pocztowy: | Miejscowosć : | |
| Telefon: | | Telefax: |
| Adres email: | | |
| Adres strony internetowej: | | |

1. **Dane dotyczące lokalu**

*(Należy podać krótkie opisy miejsca prowadzenia działalności i pomieszczeń będacych do dyspozycji podczas działalności orzeczniczo-lekarskiej)*

|  |  |
| --- | --- |
| Recepcja |  |
| Poczekalnia |  |
| Gabinet badań |  |
| Laboratorium |  |
| Pomieszczenia biurowe |  |
| Archiwum |  |
| Inne |  |
|  |  |

1. **Procedury**

(Należy podać krótki opis stosowanych przez Pana/Panią procedur służących spełnieniu obecnie obowiązujących wymagań)

|  |  |
| --- | --- |
| MED.A.020 c) oraz e) |  |
| MED.A.025 a) 1 |  |
| ATCO. MED.A.025a)1 |  |
| MED.A.025 a) 2 |  |
| ATCO. MED.A.025a)2 |  |
| MED.A.025 b) 1 |  |
| ATCO. MED.A.025b)1 |  |
| MED.A.025 b) 2 |  |
| ATCO. MED.A.025b)2 |  |
| MED.A.025 b) 3 |  |
| ATCO. MED.A.025b)3 |  |
| MED.A.025 b) 4 |  |
| ATCO. MED.A.025b)4 |  |
| MED.A.025 c) |  |
| ATCO. MED.A.025c) |  |
| MED.A.025 d) |  |
| ATCO. MED.A.025d) |  |
| MED.A.035 b) 1i2 |  |
| ATCO. MED.A.035b)1i2 |  |
| MED.A.035 c), |  |
| ATCO.MED.A.035c) |  |
| MED.A.040 d) |  |
| ATCO.MED.A.040d) |  |
| MED.A.040 e) |  |
| ATCO.MED.A.040e) |  |
| MED.A.050 |  |
| ATCO.MED.A.050 |  |
| MED.B.001 c) |  |
| ATCO.MED.B.001c) |  |
| MED.C.025 b) 2 |  |
| MED.C.025 c) |  |
| MED.C.030 a) 2 |  |
| MED.C.035 |  |

**4. Dokumentacja**

*(Należy podać opis sposobu postępowania z dokumentacją)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dostępność aktów prawnych, materiałów przewodnich | Załącznik 1 do Konwencji o międzynarodowym lotnictwie cywilnym - Licencjonowanie Personelu (Dz. Urz. ULC z dnia 19 marca 2012 r., poz. 21) | Tak/Nie |
| Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady(WE) **nr 216/2008** z dnia 20 lutego 2008 r. w sprawie wspólnych zasad w zakresie lotnictwa cywilnego i utworzenia Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa lotniczego oraz uchylające dyrektywę Rady 91/670/EWG, rozporządzenie (WE) nr 1592/2002 i dyrektywę 2004/36/WE | Tak/Nie |
| **Załącznik IV Część MED.** do rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1178/2011 z dnia 3 listopada 2011 r. ustanawiającego wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do załóg w lotnictwie cywilnym zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008 | Tak/Nie |
| **Rozporządzenie (WE) NR 290/2012** z dnia 30 marca 2012 zmieniające rozporządzenie (UE) nr 1178/2011 ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do załóg w lotnictwie cywilnym zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008 | Tak/Nie |
| **AMC i GM do PART MED** – Zał. Nr 2 do Wytycznych Nr 3 Prezesa ULC z dnia 16 lipca 2012 r. w sprawie ogłoszenia akceptowalnych sposobów potwierdzania spełnienia wymagań oraz materiałów zawierających wytyczne do rozporządzenia Komisji (UE) nr 1178/2011 (Dz. Urz. z dnia 16.07.2012 r. poz. 67) | Tak/Nie |
| **AMC i GM do PART ORA, ARA i CC** – Wytyczne Nr 5 Prezesa ULC z dnia 20 września 2012 r. w sprawie ogłoszenia akceptowalnych sposobów potwierdzania spełnienia wymagań oraz materiałów zawierających wytyczne do rozporządzenia Komisji (UE) nr 1178/2011 (Dz. Urz. ULC z dnia 20.09.2012 r. poz. 89) | Tak/Nie |
| **Rozporzadzenie komisji (UE) nr 2015/340 z** dnia 20 lutego 2015 r. *ustanawiajace wymagania techniczne i procedury administracyjne dotyczące licencji i certyfikatów kontrolerów ruchu lotniczego zgodnie z rozporzadzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008, zmieniające rozporządzenie wykonawcze Komisji (UE)nr 923/2012 i uchylające rozporządzenie Komisji(UE) nr 805/2011* – **Zał. IV część ATCO-MED** | Tak/Nie |
| **Akceptowalne sposoby potwierdzania wymagań (AMC) oraz materiały zawierające wytyczne (GM) do PART ATCO MED – wymagania medyczne dla kontrolerów ruchu lotniczego** | Tak/Nie |
| ustawa z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2017 r. poz. 959 z późn. zm.) | Tak/Nie |
| Rozporządzenie Ministra infrastruktury z dnia 11 lipca 2003 r. w sprawie *trybu wpisywania lekarzy na listę lekarzy orzeczników oraz skreślania z niej* (Dz.U. z 2003 r. Nr 139, poz. 1331) | Tak/Nie |
| Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 15 marca 2013 r. w sprawie *wymagań w zakresie sprawności psychicznej i fizycznej osób ubiegających się o świadectwo kwalifikacji członka personelu lotniczego lub posiadających świadectwo kwalifikacji członka personelu lotniczego* (Dz. U. z 2016 r., poz. 172 z późn. zm.); | Tak/Nie |
| Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 15 marca 2013 r. w sprawie *wymagań w zakresie sprawności psychicznej i fizycznej kandydatów na członków personelu lotniczego oraz członków personelu lotniczego i kandydatów na członków personelu pokładowego oraz członków personelu pokładowego* (Dz. U. z 2016 r., poz. 48 z późn. zm.) | Tak/Nie |
| Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 27 maja 2013 r. w sprawie *badań lotniczo-lekarskich* (Dz.U. z 2016 r. , poz. 159 z późn. zm.) | Tak/Nie |
| Procedury stosownia dokumentacji elektronicznej *( jeżeli są stosowane)* |  | |
| Procedury stosownia dokumentacji papierowej  *( jeżeli są stosowane)* |  | |
| Procedura dokumentowania badań kandydatów z innych krajów UE |  | |
| Sposób porządkowania, prowadzenia dokumentacji |  | |
| Sposób dokumentowania otrzymania/dostarczania orzeczeń  Inne |  | |
|  |  | |

**5. Wyposażenie medyczne**

*(Należy podać opis posiadanego lub dostępnego sprzętu medycznego służacego przeprowadzaniu badań lotniczo-lekarskich. Jeśli jakiś sprzęt jest niedostępny w miejscu badań proszę opisać alternatywną metodę używaną do przeprowadzenia badania i oceny lotniczo-lekarskiej).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Badanie ogólno-lekarskie |  |  |
| Kardiologia | ECG |  |
| inne |  |
| Okulistyka | Ostrość wzroku |  |
| Widzenie stereoskopowe |  |
| Dno oka |  |
| inne |  |
| Widzenie barwne | Tablice Ishihara |  |
| inne |  |
| Laryngologia | Otoskop |  |
| inne |  |
| Słuch | Audiometr |  |
| Czynnosć płuc | PEF |  |
| Spirometria |  |
|  | inne |  |
| Badania laboratoryjne | morfologia |  |
| biochemia |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Inne |  |  |

**6. Poufność medyczna**

*(Należy opisać sposób zapewnienia poufności medycznej)*

|  |  |
| --- | --- |
| Sposób zabezpieczenia pomieszczeń |  |
| Sposób zabezpieczenie systemów komputerowych |  |
| Ograniczony dostęp do danych medycznych (w formie elektronicznej i/lub papierowej) |  |
| Sposób postępowania z danymi medycznymi i dokumentcją lotniczo-lekarską |  |
| Sposób transportowania dokumentacji medycznej do miejsca przechowywania *(jeśli stosowany)* |  |
| Upoważnienie do dostępu do ZSI i przetwarzania danych osobowych (nr upoważnienia, data wydania) |  |
| Osoby mające dostęp do dokumentacji medycznej |  |

**7. Wyposażenie informatyczne (jeśli stosowane)**

*(Należy podać krótki opis wyposażenia komputerowego służącego podczas procesu wykonywania badań)*

|  |  |
| --- | --- |
| Dostęp internetowy |  |
| Telefon komórkowy |  |
| Skaner |  |
| Drukarka |  |
| Możliwość stosowania ZSI |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Oświadczenia**

1. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej z art. 272 Kodeksu karnego oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

2. **Wyrażam /nie wyrażam** zgody na umieszczenie moich danych osobowych na stronach internetowych Urzędu w zakresie: imienia, nazwiska, tytułu naukowego oraz danych teleadresowych dla potrzeb prowadzenia działalności orzeczniczo-lekarskiej.

…………………………………………….

*(Data i podpis wnioskodawcy)*

**RODO**

W związku z realizacją obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 w związku z art. 5 ust. 1 pkt a oraz art. 5 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), oświadczam że zostałem/am poinformowany że:

1. Administratorem moich danych jest Prezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego z siedzibą w Warszawie (02-247) przy ul. Marcina Flisa 2 Tel. +48225207200, e-mail: kancelaria@ulc.gov.pl;
2. Prezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się skontaktować w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania moich danych poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres [daneosobowe@ulc.gov.pl](mailto:daneosobowe@ulc.gov.pl);
3. Urząd Lotnictwa Cywilnego przetwarza moje dane w celu rozpoznania złożonego przeze mnie wniosku.
4. Prezes Urzędu Lotnictwa Cywilnego może przekazywać moje dane osobowe do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych w przypadku toczących się w tych państwach i organizacjach postępowaniach, których jestem stroną.
5. Moje dane osobowe przechowywane w Wydziale Naczelnego Lekarza nie będą niszczone, natomiast dokumenty z postępowań administracyjnych będą przetwarzane przez okres 50 lat od zakończenia postępowania.
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje mi prawo do żądania od administratora:
   1. dostępu do moich danych osobowych,
   2. sprostowania moich danych osobowych,
   3. usunięcia moich danych osobowych,
   4. ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych,
   5. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych,
   6. cofnięcia zgody na przetwarzanie moich danych, które podałem/am dobrowolnie.
7. Przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych wynika z przepisów prawa oraz mojej zgody na przetwarzanie.
9. Przekazane przeze mnie dane osobowe nie będą służyć do przetwarzania polegającego na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

|  |
| --- |
| *……………………………………….*  *(Data i podpis wnioskodawcy)* |