



**MODULO DI DOMANDA PER IL
RILASCIO/RINNOVO DEL CERTIFICATO DI
ESAMINATORE AEROMEDICO (AME)
CLASSE 2/LAPL/CC**

*(compilare in stampatello in modo leggibile
barrando le caselle di interesse)*

Bollo assolto in modo virtuale
(Aut. Direz. Reg. Entrate Lazio
n.135047/98 del 30/11/1998)

Numero fattura ¹

BD3

Informativa

A far data dal 1° marzo 2017 per il rilascio/rinnovo della certificazione a svolgere funzioni di Esaminatore aeromedico (AME) è previsto il pagamento *online* della relativa quota fissa. La procedura per il pagamento prevede la preventiva registrazione nella Sezione "Servizi Online" presente nel portale istituzionale dell'ENAC (www.enac.gov.it) e la tariffa applicabile sarà differenziata a seconda che lo studio medico si trovi dentro oppure fuori Roma, rispettivamente:
tariffa **N60-A** "Diritti per il rilascio o il rinnovo della certificazione a svolgere le funzioni di Esaminatore Aeromedico (AME) (studio dentro Roma)";
tariffa **N60-B** "Diritti per il rilascio o il rinnovo della certificazione a svolgere le funzioni di Esaminatore Aeromedico (AME) (studio fuori Roma)".

Per specifiche questioni di carattere giuridico, fiscale ed amministrativo-contabile il nominativo del destinatario della certificazione AME coinciderà con l'intestatario della fattura. Anche nel caso in cui sia una terza persona a provvedere alla richiesta per conto del destinatario della certificazione AME, all'atto della registrazione dovranno comunque essere immessi i dati del destinatario.

¹ Il numero della fattura dell'avvenuto pagamento, che sarà inviata alla e-mail indicata in fase di registrazione, dovrà essere riportato nelle caselle in alto a destra del presente modulo di domanda.

All' ENAC

Funzione Organizzativa Medicina Aeronautica

Aeromedical Section

protocollo@pec.enac.gov.it

OGGETTO: Dott. _____ IT- _____ -AME

(per la richiesta di rinnovo indicare il numero identificativo dell'autorizzazione AME posseduta)

Richiesta per il: rilascio rinnovo del Certificato di Esaminatore Aeromedico (AME), per la certificazione/valutazione aeromedica di Classe 2/LAPL/CC.

Io sottoscritto

(cognome e nome)

nato/a il

(data)

residente in

(indirizzo)

(cap. città)

telefono

()*

()*

(cellulare)

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e-mail

--

e-mail certificata
obbligatoria

--

Studio Medico

(indirizzo)

(telefono/fax)

*(Indicare le sedi
già autorizzate
e/o quelle per le
quali viene
richiesta una
nuova
certificazione per
lo svolgimento
dell'attività di
AME)*

(indirizzo)

(telefono/fax)

(indirizzo)

(telefono/fax)

I dati contrassegnati () saranno pubblicati sul portale istituzionale ENAC previo consenso del titolare*

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste ai sensi e per gli effetti dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, decadrò dai benefici e dalla certificazione per la quale questa dichiarazione è stata rilasciata,

CHIEDO

il rilascio il rinnovo del certificato di Esaminatore Aeromedico (AME) per l'erogazione delle prestazioni sanitarie finalizzate al rilascio ed al rinnovo della certificazione/valutazione medica d'idoneità psicofisica di **Classe 2/LAPL/CC**, ai sensi del Regolamento (UE) n. 1178/2011 così come emendato dal Regolamento (UE) n. 290/2012 della Commissione Europea "che stabilisce i requisiti tecnici e le procedure amministrative relativamente agli equipaggi dell'aviazione civile ai sensi del regolamento (CE) n. 216/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio" e del Regolamento medico di ENAC "Organizzazione sanitaria e certificazioni mediche d'idoneità per il conseguimento delle licenze e degli attestati aeronautici".

A tal fine,

DICHIARO

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

- a) di possedere la laurea in medicina e chirurgia;
- b) di essere abilitato all'esercizio della libera professione;
- c) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della città di _____;
- d) di operare nel territorio nazionale;
- e) che nei miei confronti non sia mai stata irrogato alcun procedimento disciplinare che impedisca lo svolgimento della mia attività professionale o essere oggetto di indagine da parte degli organi giudiziari;
- f) di essere specialista nella disciplina di _____;
- g) di aver completato un corso di formazione di base in medicina aeronautica presso _____ nel periodo _____
o di essere in possesso degli altri requisiti previsti nella Circolare ENAC MED.01A
(specificare i requisiti) _____;
- h) di impegnarsi a fornire, su richiesta dell'ENAC, il proprio curriculum vitae nonché copia della relativa documentazione;
- i) di disporre di strutture adeguate, nonché di procedure, documentazione e attrezzature operative idonee per le visite aeromediche (Requisito MED.D.010 al Regolamento (UE) n. 1178/11);
- j) di aver adottato le procedure e le condizioni necessarie per garantire la riservatezza medica (Requisito MED.D.015 Regolamento (UE) n. 1178/11);
- k) di rilasciare i certificati medici di idoneità psicofisica di Classe 2/LAPL e le valutazioni mediche CC sulla base di quanto previsto nell'Allegato IV – Parte medica del Regolamento (UE) n.1178/2011 (Requisito MED.D.005);
- l) di svolgere la propria attività professionale nel rispetto dei requisiti delle Sottoparti A e D dell'Allegato IV del Regolamento AC e relative AMC, nonché di quanto previsto dal Regolamento Medico ENAC e dalle normative nazionali, regionali e locali che disciplinano le aree di attività di natura sanitaria;
- m) di avere preso visione di quanto previsto nel Regolamento Medico di ENAC circa le disposizioni sulle Tariffe da corrispondere all'ENAC per il rilascio del Certificato di AME e di impegnarsi pertanto, pena il

mancato rilascio/rinnovo o la revoca del Certificato di AME, alla corresponsione degli importi previsti dal Regolamento per le Tariffe dell'ENAC;

n) di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli:

Specializzazioni e/o qualificazioni conseguite	Presso	Data
Licenze di volo	Data di rilascio	Numero ore volate

- o) di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo n.196/2003, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa;
- p) di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni delle condizioni previste per il rilascio del certificato di AME compreso il contenuto delle dichiarazioni qui presentate;
- q) di impegnarsi a comunicare ogni variazione di sede dello studio medico, apportando le necessarie modifiche alla manualistica, per l'ottenimento della prevista autorizzazione;
- r) di impegnarsi a frequentare corsi di aggiornamento in medicina aeronautica, necessari ai sensi del requisito MED.D.030(b);
- s) di essere a conoscenza dei requisiti di cui al punto MED.D.030 del Regolamento (UE) n. 1178/11 in merito alla validità del certificato di AME;
- t) di accettare che tutte le comunicazioni inerenti il certificato di AME siano trasmesse all'indirizzo di posta elettronica o al numero di fax di seguito indicati, assumendo la responsabilità in caso di non corretta trasmissione e comunicando tempestivamente eventuali variazioni intervenute:

indirizzo e-mail: _____

numero di fax: _____

(da compilare solo per il rinnovo del certificato di AME)

- u) di essere in possesso della certificazione di Esaminatore Aeromedico di Classe 2/LAPL/CC **IT-____-AME** rilasciato dall'ENAC in data _____;
- v) di aver rilasciato, ai sensi del Regolamento *Air Crew* (n.1178/2011 e n.290/2012), almeno 10 certificati aeromedici di Classe 2/LAPL o valutazioni aeromediche CC per ogni anno di validità della certificazione posseduta in ottemperanza delle disposizioni impartite dall'ENAC;
- w) di aver conseguito, nel periodo di validità della certificazione di AME posseduta, le ore-credito riconosciute per la formazione continua come previsto dalla Circolare MED.01, delle quali fornisco evidenza nella documentazione allegata alla presente domanda.

ALLEGATO
alla presente domanda:

- Manuale strutturato aggiornato alla normativa vigente, qualora non sia stato già presentato, recante data, firma del medico richiedente, indice e stato di revisione secondo quanto previsto dalla Circolare MED 01A;
- Lista di rispondenza ai requisiti applicabili compilata secondo il fac-simile reso disponibile dall'ENAC;
- Documentazione comprovante la dichiarazione di cui al punto w) della presente domanda.

Data _____

Firma del dichiarante _____

Informativa art. 13 D.lgs. 196/2003

Il Decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, il trattamento dei suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, le forniamo le seguenti informazioni:

- i dati personali volontariamente conferiti sono trattati, in forma prevalentemente automatizzata con adeguate garanzie di riservatezza, per le finalità istituzionali dell'ENAC;
- i dati personali volontariamente conferiti e contrassegnati(*) sono trattati, in forma prevalentemente automatizzata con adeguate garanzie di riservatezza, per la pubblicazione, nel portale istituzionale Enac, dell'elenco dei medici AME certificati nel territorio nazionale;
- il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: archivio cartaceo ed informatizzato;
- il suo consenso alla pubblicazione dei suoi dati contrassegnati(*) non è obbligatorio ai fini del rilascio della certificazione per la quale i dati vengono raccolti e l'eventuale suo rifiuto non comporta la mancata prosecuzione del procedimento di certificazione.

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato.

Preso atto dell'informativa e dei miei diritti, ai sensi degli articoli 13 e 7 del D.Lgs. 196/2003, (1).....acconsento alla pubblicazione per le finalità su indicate da parte dell'ENAC – Ente Nazionale per l'Aviazione Civile, dei miei dati personali contrassegnati(*).

(1) Nota: ove l'interessato NON intenda dare il proprio consenso alla pubblicazione dei suoi dati personali contrassegnati(*) per la finalità sopra riferita, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento".

Data _____

Firma del dichiarante _____