

MODULO DI DOMANDA PER LA CERTIFICAZIONE DI CENTRO AEROMEDICO (AeMC)

All'ENAC
 Funzione Organizzativa Medicina Aeronautica
 Viale del Castro Pretorio, 118
 00185 Roma
protocollo@pec.enac.gov.it

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

OGGETTO: Domanda per il rilascio, la modifica della certificazione di Centro Aeromedico (AeMC) ai sensi dei Regolamenti (UE) n.1178/2011, n.290/2012, n.340/2015 e del Regolamento ENAC "Organizzazione sanitaria e certificazioni mediche di idoneità per il conseguimento delle licenze e degli attestati aeronautici".

1	<p><i>(compilare in stampatello in modo leggibile)</i></p> <hr/> <p>II/La sottoscritto/a _____</p> <hr/> <p>Nato/a a _____ il ___/___/___</p> <p>Residente in (via, piazza) _____ n. _____</p> <p>Comune di _____ Prov. _____ CAP _____</p> <p>Tel. _____ Cell. _____</p> <hr/> <p>Mail</p> <p>P.E.C. (obbligatoria)</p> <p>C.F. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <hr/> <p>in qualità di <input type="checkbox"/> Titolare / <input type="checkbox"/> Legale Rappresentante <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ della seguente Società:</p> <p>Denominazione o Ragione Sociale _____</p> <p>Sede Legale in (via, piazza) _____ n. _____</p> <p>Comune di _____ Prov. _____ CAP _____</p> <p>Tel. _____ Fax. _____</p> <p>Mail</p> <p>P.E.C. (obbligatoria)</p> <p>C.F. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p>P.I. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table></p> <p>Iscrizione Registro Imprese della C.C.I.A.A. di _____ n. _____</p>																																																												

MODULO DI DOMANDA PER LA CERTIFICAZIONE DI CENTRO AEROMEDICO (AeMC)

2	Oggetto della richiesta	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> il RILASCIO</p> <p>Richiede <input type="checkbox"/> la MODIFICA ⁽¹⁾</p> <p style="text-align: center;">della certificazione di Centro Aeromedico (AeMC) per la Classe di visita</p> <div style="float: right; text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2/LAPL/CC <input type="checkbox"/> 3 </div>
<p><small>(1) Ai sensi e per gli effetti del Regolamento (UE) n. 2011/1178 (Requisito ORA.GEN.130 e relative AMC1.ORA.GEN.130, GM1 ORA.GEN.130(a)(c), GM2 ORA.GEN.130(a) e del Regolamento (UE) n. 2015/340 (Requisito ATCO.OR.E.001))</small></p>		

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dall'art. 489 C.P.

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

3	Locali	<p>❖ che la sede operativa dell'AeMC è situata in (via, piazza) _____ n. _____</p> <p>Località _____ Prov. _____ CAP _____</p> <p>Tel. _____ Fax. _____</p> <p>❖ che i locali in cui verrà svolta l'attività di certificazione aeromedica sono a titolo di:</p> <p><input type="checkbox"/> proprietà</p> <p><input type="checkbox"/> locazione con regolare contratto del _____</p> <p><input type="checkbox"/> altro (specificare) _____</p> <p>ed in possesso di autorizzazione sanitaria n. _____</p> <p>rilasciata da _____ in data _____</p> <p>❖ che in detti locali vengono svolte anche le seguenti attività ambulatoriali _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	--------	--

MODULO DI DOMANDA PER LA CERTIFICAZIONE DI CENTRO AEROMEDICO (AeMC)

4	Direttore sanitario	<p>❖ che è stato nominato Capo dell'AeMC l'AME dott./dott.ssa _____</p> <p>Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____</p> <p>C.F. <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 150px; height: 15px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>❖ che in merito al rispetto dei requisiti professionali previsti dai Regolamenti (UE) n. 2011/1178, n. 2012/290, n. 2015/340 e del Regolamento ENAC "Organizzazione sanitaria e certificazioni mediche di idoneità per il conseguimento delle licenze e degli attestati aeronautici", ha compilato l'attestazione allegata alla presente.</p> <p>che è stato/a nominato/a il dott./la dott.ssa _____</p> <p>in qualità di Responsabile per il Safety Management System (SMS) dell'AeMC.</p>
---	---------------------	--

5	Attestazioni	<p>❖ che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 10 della Legge 31.5.1965, n. 575 e successive modificazioni.</p> <p>❖ che vengono rispettate le disposizioni previste dall'articolo 6 del Regolamento "Organizzazione sanitaria e certificazioni mediche di idoneità per il conseguimento delle licenze e degli attestati aeronautici".</p>
---	--------------	---

ALLEGA
alla presente

6	Allegati	<p><i>I documenti di seguito elencati costituiscono parte integrante della domanda.</i></p> <p><u>La loro mancanza o incompletezza sarà motivo di non accettazione della domanda.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - allegati 1, 2, 3 del modulo di domanda; - copia del documento di riconoscimento valido (art.38, comma 3 D.P.R. 445/2000); - manuale operativo dell'AeMC, che includa la procedura di cui ai Requisiti ORA.GEN.130, ARA.GEN.310(c) e relative AMC/GM, nonché la procedura attuata per la protezione dei dati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679; - lista di rispondenza ai requisiti previsti dai Regolamenti (UE) n. 2011/1178, n. 2012/290 (Part MED, Part ORA (AeMC), n. 2015/340 (ATCO.AR, ATCO.OR) e relative AMC/GM e dal Regolamento ENAC "Organizzazione sanitaria e certificazioni mediche di idoneità per il conseguimento delle licenze e degli attestati aeronautici"; - attestazione responsabile del Centro Aeromedico; - domanda di certificazione AME per il personale medico ivi compreso il capo dell'AeMC; - ricevuta del bonifico effettuato per i diritti e spese dovuti ai sensi del Regolamento per le Tariffe ENAC.
---	----------	--

Data _____

Firma del richiedente (2)

Nota:

(2) Con l'apposizione della propria firma, il Dirigente Responsabile dell'Impresa dichiara:

- di conoscere i Regolamenti applicabili;
- di soddisfare i requisiti ivi descritti;
- di impegnarsi a fornire la documentazione occorrente;
- di obbligarsi a corrispondere i dovuti diritti e spese secondo Il Regolamento per le Tariffe dell' ENAC;
- di conoscere lo scopo, la portata ed i limiti del Certificato richiesto.

MODULO DI DOMANDA PER LA CERTIFICAZIONE DI CENTRO AEROMEDICO (AeMC)

Allegato 1: Lista degli Esaminatori Aeromedici (AME), del personale medico e dei consulenti specialisti esterni

Anagrafica e qualifica		Certificazione e ruolo	Tipo di impiego
1	Cognome	Certificato AME nr:	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	Nome	IT-	
	Qualifica	<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Consulente esterno	
2	Cognome	Certificato AME nr:	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	Nome	IT-	
	Qualifica	<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Consulente esterno	
3	Cognome	Certificato AME nr:	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	Nome	IT-	
	Qualifica	<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Consulente esterno	
4	Cognome	Certificato AME nr:	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	Nome	IT-	
	Qualifica	<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Consulente esterno	
5	Cognome	Certificato AME nr:	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	Nome	IT-	
	Qualifica	<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Consulente esterno	
6	Cognome	Certificato AME nr:	<input type="checkbox"/> Full Time <input type="checkbox"/> Part Time
	Nome	IT-	
	Qualifica	<input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> Consulente esterno	

MODULO DI DOMANDA PER LA CERTIFICAZIONE DI CENTRO AEROMEDICO (AeMC)

Allegato 2: Elenco delle strutture convenzionate (se applicabile)		Prestazione affidata	Note
Nome			
Indirizzo			
Nome			
Indirizzo			
Nome			
Indirizzo			
Nome			
Indirizzo			
Nome			
Indirizzo			

