



**MODULO DI DOMANDA PER  
L'ESTENSIONE DEI PRIVILEGI DEL  
CERTIFICATO DI ESAMINATORE  
AEROMEDICO (AME)**  
*(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 <sup>1</sup>**

**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](http://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.

<sup>1</sup> 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](mailto:protocollo@pec.enac.gov.it)

**OGGETTO: Dott. \_\_\_\_\_ IT- \_\_\_\_\_ -AME**

**Richiesta di estensione dei privilegi del Certificato di Esaminatore Aeromedico (AME),  
per la certificazione aeromedica di Classe 1 .**

Io sottoscritto	<input type="text"/> <i>(cognome e nome)</i>																					
nato/a	<input type="text"/> <i>(data)</i>	<input type="text"/> <i>(luogo)</i>																				
residente in	<input type="text"/> <i>(indirizzo)</i>	<input type="text"/> <i>(cap. città)</i>																				
telefono	<input type="text"/> <i>(*)</i>	<input type="text"/> <i>(*) (cellulare)</i>																				
C.F.	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
e-mail	<input type="text"/>																					
e-mail certificata <b>obbligatoria</b>	<input type="text"/>																					

<b>Studio Medico</b>  <i>(Indicare le sedi già autorizzate e/o quelle per le quali viene richiesta una nuova certificazione per lo svolgimento dell'attività di AME)</i>	<input type="text"/> <i>(indirizzo)</i>
	<input type="text"/> <i>(telefono/fax)</i>
	<input type="text"/> <i>(indirizzo)</i>
	<input type="text"/> <i>(telefono/fax)</i>
	<input type="text"/> <i>(indirizzo)</i>
	<input type="text"/> <i>(telefono/fax)</i>

*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

l'estensione dei privilegi del certificato di Esaminatore Aeromedico (AME) per l'erogazione delle prestazioni sanitarie finalizzate al rinnovo della certificazione medica d'idoneità psicofisica di **Classe 1**, 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 (UE) n. 1139/2018 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, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000,

### DICHIARO

(compilare le parti che interessano)

- 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) che nei miei confronti non sia mai stato irrogato alcun procedimento disciplinare che impedisca lo svolgimento della mia attività professionale o essere oggetto di indagine da parte degli organi giudiziari;
- e) di essere specialista nella disciplina di \_\_\_\_\_;
- f) relativamente alla formazione sull'impiego del modulo MED del software EMPIC-EAP®, propedeutica per l'estensione dei privilegi qui richiesta:  
 di aver completato il corso formativo tenutosi presso \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_, o  
 di richiedere la partecipazione al corso di formazione sull'impiego del modulo MED del software EMPIC-EAP®;
- g) di aver completato un corso di formazione avanzato in medicina aeronautica presso \_\_\_\_\_ nel periodo \_\_\_\_\_  
o di essere in possesso degli altri requisiti previsti nella Circolare ENAC MED.01A, relativi al rilascio della certificazione di Esaminatore Aeromedico (AME) di Classe 1 (*specificare i requisiti*)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
- h) di essere in possesso dei requisiti previsti dal Regolamento (UE) n. 1178/2011 (MED.D.015) per l'estensione dei privilegi alla Classe 1;
- i) di essere in possesso di valida certificazione di Esaminatore Aeromedico **IT- \_ \_ \_-AME** rilasciata dall'ENAC in data \_\_\_\_\_, per la Classe \_\_\_\_\_ e 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.01A, delle quali fornisco evidenza nella documentazione allegata alla presente domanda.
- j) di impegnarsi a fornire, su richiesta dell'ENAC, il proprio curriculum vitae nonché copia della relativa documentazione;

- k) 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. 1178/2011);
- l) di aver adottato le procedure e le condizioni necessarie per garantire la riservatezza medica (Requisito MED.D.015 Regolamento (UE) n. 1178/2011);
- m) di rilasciare i certificati aeromedici secondo i privilegi del certificato AME qui richiesto sulla base di quanto previsto nell'Allegato IV – Parte medica del Regolamento (UE) n.1178/2011 (Requisito MED.D.005);
- n) 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;
- o) di avere preso visione di quanto previsto nel Regolamento Medico di ENAC circa le disposizioni sulle Tariffe da corrispondere per il rilascio/rinnovo, l'estensione del Certificato di AME e di impegnarsi pertanto, pena il mancato rilascio/rinnovo/estensione o la revoca del Certificato di AME, alla corresponsione degli importi richiesti dall'Ente;
- p) di essere in possesso dei seguenti ulteriori titoli:

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

- q) 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;
- r) di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni delle condizioni previste per il rilascio del certificato di AME compreso il contenuto delle dichiarazioni qui presentate;
- s) di impegnarsi a comunicare ogni variazione di sede dello studio medico, apportando le necessarie modifiche alla manualistica, per l'ottenimento della prevista autorizzazione;
- t) di impegnarsi a frequentare corsi di aggiornamento in medicina aeronautica, previsti ai sensi del requisito MED.D.030(b) del Regolamento (UE) n. 1178/2011;
- u) di essere a conoscenza dei requisiti di cui al punto MED.D.030 del Regolamento (UE) n. 1178/2011 in merito alla validità del certificato di AME;
- v) di accettare che tutte le comunicazioni inerenti il certificato di AME siano trasmesse all'indirizzo di posta elettronica di seguito indicato, assumendo la responsabilità in caso di non corretta trasmissione e comunicando tempestivamente eventuali variazioni intervenute:

indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

**ALLEGRO**  
**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 attestante il conseguimento, nel periodo di validità della certificazione di AME posseduta, delle ore-credito riconosciute per la formazione continua come previsto dalla Circolare MED 01A.

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

***Informativa art. 13 D.lgs. 196/2003 così come modificato dal D.lgs. 101/2018***

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 \_\_\_\_\_