|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **Elemento** | **Información complementaria** *(Anexo I)* |
| 1 | Nombre y apellidos del solicitante |  |
| 2 | DNI/Pasaporte |  |
| 3 | Dirección, teléfono, correo electrónico | Dirección de las instalaciones: |
| Teléfono(s): |
| Correo electrónico: |
| 4 | Autorización sanitaria de funcionamiento Medicina Aeronáutica | Expedida en: |
| Válida hasta: |
| 5 | Titulación* Curso Avanzado de Medicina Aeronáutica
 | **□** Doctor o licenciado en medicina |
| **□** Especialista en: |
| **□** Curso básico de Medicina Aeronáutica**□** Curso avanzado de Medicina Aeronáutica |
| 6 | Certificaciones médico-aeronáuticas  | **□** Clase 1; **□** Clase 2; **□** Clase LAPL; **□** Clase CC; □ Clase 3. |
| 7 | Manual de procedimientos | Med.D.010 (c)(1)ATCO.MED.C.010(c)(1). (si procede) |
| 8 | Instalaciones (dirección, planos) |  |
| 9 | Medios técnicos | Lista |
| 10 | Laboratorio  | Nombre  |
| Dirección |
| Autorización sanitaria |
| 11 | Equipo informático |  |
| 12 | Declaración |  |

*Nota: Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es incompleta, el solicitante deberá proporcionar por separado todos los detalles de un sistema alternativo.*

Certifico que los datos citados arriba y en los documentos complementarios cumplen los requisitos aplicables y toda la información dada es completa y correcta.

*Fecha*

*Firma*

*Enviar a:*Agencia Estatal de Seguridad Aérea

Avenida General Perón, 40

Puerta B- 1º 28020 Madrid

Dirección de Seguridad de Aeronaves

División de Medicina Aeronáutica

|  |
| --- |
| **Instrucciones para rellenar la solicitud** |
| 1/3 | Datos personales |
| 4 | Autoridad que la emite, fecha de emisión; fecha de caducidad |
| 6 | Certificaciones médico-aeronáuticas para las que se pide la certificación (señalar) |
| 7 | Incluirá los elementos que se incluyen en el índice que sigue |
| 8 | Descripción de las instalaciones |
| 9 | De acuerdo con lista aprobada |
| 10 | Nombre, localización, autorización sanitaria como en 3 |
| 11 | Descripción de equipos y de facilidades para conectarse con la Autoridad Aeromédica. |
| 12 | Declaración de que va a actuar de acuerdo con las reglas de la Parte MED |

**ANEXO I**

**Contenido del Manual de Procedimientos**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Descripción de las evaluaciones médicas que piensa realizar y los certificados que piensa emitir |
| 2 | Descripción de las instalaciones y medios técnicos de que dispone para realizar la labor que describe |
| 3 | Procedimientos para la realización de la evaluación médica de las distintas categorías de certificado médico que solicita |
| 4 | Procedimientos para garantizar la conservación de muestras y trazabilidad de las pruebas analíticas requeridas y el registro de los resultados, si no se remiten a un laboratorio |
| 5 | Métodos para garantizar la confidencialidad médica |
| 6 | Actividades subcontratadas: descripción, entidad con la que se subcontratan, protocolos de actuación; determinación de responsabilidades |
| 7 | Procedimientos para la comunicación con la autoridad aeromédica nacional |
| 8 | Procedimientos para la remisión de certificaciones e informes a las autoridades aeromédicas del país emisor de la licencia del solicitante del certificado médico |
| 9 | Procedimientos para la derivación |

Se acompañarán los siguientes documentos adicionales descriptivos del cumplimiento de los requisitos exigidos por la reglamentación aplicable:

* Copia del DNI/NIF
* Copia autenticada del Título de Licenciado en Medicina
* Copia autenticada del Título de Médico Especialista
* Certificado, emitido por Colegio de Médicos, de estar colegiado en activo.
* Acreditación de que ha recibido la Formación en Medicina Aeronáutica que corresponda.
* Copia de documento acreditativo de cumplir obligaciones fiscales para el ejercicio profesional
* Copia del documento que acredite ser titular de un seguro de responsabilidad civil profesional y estar al corriente de cuotas.
* Copia de la Autorización sanitaria de funcionamiento en medicina aeronáutica
* Formulario justificante del pago de la tarifa 21ª de las establecidas en el art. 22 de la Ley 66/1997, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (Modelo 791).
* Indicación de la fecha prevista del comienzo de la actividad;
* Descripción de las instalaciones (mapa de situación y planos de las instalaciones);
* Relación de equipos que se emplearán y certificación de mantenimiento y/o calibración de los medios
* Descripción del sistema de garantía de la confidencialidad médica;
* Acuerdo con laboratorio de análisis clínicos, junto con copia de la autorización sanitaria de funcionamiento;
* Declaración de que va a actuar de acuerdo con las reglas de la Parte MED del Reglamento UE nº 1178/2011 y Parte ATCO.MED del Reglamento 2015/340 (si procede).
* Documentación acreditativa: alquiler, propiedad o autorización del propietario relativa al local/domicilio destinado a la consulta como AME