

ÉPÍTÉSI ÉS KÖZLEKEDÉSI MINISZTERIUM

Szabályzat és bizonylati album a repülés-egészségügyi vizsgálatokról és minősítésekről

2023

A légi közlekedésről szóló 1995. évi XCVII. törvény 3/C. § (10) bekezdése alapján a repülés-egészségügyi vizsgálatokkal és minősítésekkel összefüggésben az alábbiakat határozom meg:

Budapest, 2023 február 08.

Lázár János
építési és közlekedési miniszter
névében és megbízásából:

Patyi Balázs s.k.
Főosztályvezető

Készítette:

Építési és Közlekedési Minisztérium

Közlekedésért Felelős Államtitkárság

Közlekedési Hatósági Ügyekért Felelős Helyettes Államtitkárság

Légügyi Szakszolgálati Hatósági Főosztály

Revízió szám: Rev00

Érvényes: 2023. február 13- tól

Content/ Tartalom

1	Interpretative provisions/ Értelmező rendelkezések	5
1.1	Definitions/ Fogalmak	5
1.2	Abbreviations/ Rövidítések	6
1.3	Legal Abbreviations/ Jogszabályi rövidítések	7
2	Regulations/ Szabályzatok	9
2.1	General requirements relating to the submission of applications and declarations/ Kérelmek és bejelentések beadásával kapcsolatos általános rendelkezések	9
2.2	Requirements relating to application for initial issue, revalidation, renewal or extension of aero-medical examiner (AME) certificate / Kérelem a kijelölt vizsgáló repülőorvos (AME) bizonyítvány első kiállításához, újraérvényesítéséhez, megújításához vagy kibővítéséhez	10
2.3	Requirements relating to application for a medical certificate/ Orvosi minősítés iránti kérelemmel kapcsolatos rendelkezések	13
2.4	Requirements relating to the review of examination reports/ Repülőorvosi leletek felülvizsgálatával kapcsolatos rendelkezések	14
2.5	Requirements relating to the secondary review procedure/ Másodlagos felülvizsgálati eljárással kapcsolatos rendelkezések	15
2.6	Requirements relating to approving of training courses in aviation medicines/ Repülés- egészségügyi képzések hatósági jóváhagyásával kapcsolatos rendelkezések	16
2.7	Requirements relating to approval of an AeMC / Repülőorvosi központ bizonyítványra vonatkozó kérelmekkel kapcsolatos rendelkezések	17
2.8	Formal requirements for manuals/ Kézikönyvekre vonatkozó formai követelmények ..	18
2.9	Submission of a corrective action plan/ Kiigazító intézkedési terv benyújtása	19
3	Documentary Album/ Bizonylati album	20
3.1	Kérelem a kijelölt vizsgáló repülőorvos (AME) bizonyítvány első kiállításához, újraérvényesítéséhez, megújításához vagy kibővítéséhez	20
3.2	Application for certificate for aero-medical examiners (AMEs) initial issue, revalidation, renewal or extension	23
3.3	Orvosi minősítés iránti kérelem (pótlás vagy újbóli kiállítás)	26
3.4	Application form for a medical certificate (replacement or reissue)	28
3.5	Kérelem Repülőorvosi leletek felülvizsgálatához	31
3.6	Application form for review of examination	33
3.7	Kérelem másodlagos felülvizsgálati eljárásra	36
3.8	Application form for secondary review of medical certificate	39
3.9	Kérelem repülés-egészségügyi képzés hatósági jóváhagyásához	42
3.10	Application form for approval of training courses in aviation medicine	45
3.11	PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ szervezeti bizonyítvány kérelem első kiadása, módosítása	48

3.12 PART-ORA Application form for AeMC organisation certificate first application or modification.....	51
--	----

1 Interpretative provisions/ Értelmező rendelkezések

1.1 Definitions/ Fogalmak

(1) For the purposes of this manual, the definitions set out in the following sources shall apply:

- a) Article 3 and Article 140 (2) of the Basic Regulation,
- b) CS-Definitions point 1,
- c) Article 2 of Regulation (EU) 1178/2011,
- d) Part-FCL FCL.010,
- e) Part-MED MED. A.010,
- f) Decree 53/2016 NFM 2 §.

(2) In addition to the foregoing, the following definitions shall apply to this manual:

- a) procedural fee: fee according to Decree 3/2002 GKM,
- b) supervision fee: fee according to 66/C § and Annex 1. of Lt.,
- c) in writing: electronic form of contact as determined in Eüsztv, additionally for legal entity established in other country or any natural person form of contact via documents with original signature.

(1) Jelen szabályzat vonatkozásában a következő forrásokban meghatározott fogalmak alkalmazandók:

- a) Alaprendelet 3. cikke és 140. cikk (2) bekezdése,
- b) CS-Definitions 1. pontja,
- c) 1178/2011/EU rendelet 2. cikke,
- d) Part-FCL FCL.010 pontja,
- e) Part-MED MED.A.010 pontja,
- f) 53/2016 NFM rendelet 2. §.

(2) Jelen szabályzat vonatkozásában az előzőkön túl a következő fogalmak alkalmazandók:

- a) eljárási díj: a 3/2002 GKM rendeletben meghatározott díjtétel,
- b) felügyeleti díj: az Lt. 66/C.§-ban, és az Lt. 1. mellékletében meghatározott díj,
- c) írásban: az Eüsztv-ben meghatározott elektronikus kapcsolattartási forma, ezen felül természetes személyek és nem magyarországi székhelyű jogi személyek esetén eredeti aláírással ellátott dokumentumokon keresztüli kapcsolattartási forma.

1.2 Abbreviations/ Rövidítések

(1) For the purposes of this manual, the abbreviations specified in the following sources shall apply:

- a) Part-FCL AMC/GM document GM1 FCL.010,
- b) ICAO Doc 8400,
- c) CS-Definitions Point 2.

(2) In addition to the foregoing, the following abbreviations shall apply to this manual:

- a) CAP: Corrective Action Plan.
- b) EMPIC: Aeromedical Documents
Electronical Registry System

(1) Jelen szabályzat vonatkozásában a következő forrásokban meghatározott rövidítések alkalmazandók:

- a) Part-FCL AMC/GM dokumentum GM1 FCL.010 pontja,
- b) ICAO Doc 8400
- c) CS-Definitions 2. pontja.

(2) Jelen szabályzat vonatkozásában az előzőkön túl, a következő rövidítések alkalmazandók:

- a) CAP: Kiigazító Intézkedési Terv
- b) EMPIC: Repülőorvosi adatok
elektronikus nyilvántartó rendszere

1.3 Legal Abbreviations/ Jogszabályi rövidítések

- (1) For the purposes of this manual, the following legal abbreviations shall apply:
- (1) Jelen szabályzat vonatkozásában a következő jogszabályi rövidítések alkalmazandók:
- a) Basic Regulation: Regulation (EU) 2018/1139 on common rules in the field of civil aviation and establishing a European Union Aviation Safety Agency, and amending Regulations (EC) No 2111/2005, (EC) No 1008/2008, (EU) No 996/2010, (EU) No 376/2014 and Directives 2014/30/EU and 2014/53/EU of the European Parliament and of the Council, and repealing Regulations (EC) No 552/2004 and (EC) No 216/2008 of the European Parliament and of the Council and Council Regulation (EEC) No 3922/91,
 - a) Alaprendelet: a polgári légi közlekedés területén alkalmazandó közös szabályokról és az Európai Unió Repülésbiztonsági Ügynökségének létrehozásáról és a 2111/2005/EK, az 1008/2008/EK, a 996/2010/EU, a 376/2014/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet és a 2014/30/EU és a 2014/53/EU európai parlamenti és tanácsi irányelv módosításáról, valamint az 552/2004/EK és a 216/2008/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet és a 3922/91/EGK tanácsi rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló (EU) 2018/1139 rendelet,
 - b) Regulation (EU) 1178/2011: Commission Regulation (EU) No 1178/2011 fixing technical requirements and administrative procedures for civil aviation under Regulation (EC) No 216/2008 of the European Parliament and of the Council,
 - b) 1178/2011/EU rendelet: a Bizottság 1178/2011/EU rendelete a polgári légi közlekedéshez kapcsolódó műszaki követelményeknek és igazgatási eljárásoknak a 216/2008/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet értelmében történő rögzítéséről,
 - c) Part-FCL: Annex I of Regulation (EU) 1178/2011,
 - c) Part-FCL: a 1178/2011/EU rendelet I. melléklete,
 - d) Part-MED: Annex IV of Regulation (EU) 1178/2011,
 - d) Part-MED: a 1178/2011/EU rendelet IV. melléklete,
 - e) Part-CC: Annex V of Regulation (EU) 1178/2011,
 - e) Part-CC: a 1178/2011/EU rendelet V. melléklete,
 - f) Part-ARA: Annex VI of Regulation (EU) 1178/2011,
 - f) Part-ARA: a 1178/2011/EU rendelet VI. melléklete,
 - g) Part-ORA: Annex VII of Regulation (EU) 1178/2011,
 - g) Part-ORA: a 1178/2011/EU rendelet VII. melléklete,
 - h) Regulation (EU) 2015/340: Commission Regulation (EU) 2015/340 laying down technical requirements and administrative procedures relating to air traffic controllers' licences and certificates pursuant to Regulation (EC) No 216/2008 of the European Parliament and of the Council, amending Commission Implementing Regulation (EU) No 923/2012 and repealing Commission Regulation (EU) No 805/2011
 - h) 2015/340 EU rendelet: a Bizottság (EU) 2015/340 rendelete a légiforgalmi irányítói szakszolgálati engedélyekre és tanúsítványokra vonatkozó formai követelményeknek és igazgatási eljárásoknak a 216/2008/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet értelmében történő meghatározásáról, a 923/2012/EU bizottsági végrehajtási rendelet módosításáról és a 805/2011/EU bizottsági rendelet hatályon kívül helyezéséről
 - i) Part-ATCO.MED: Annex IV of Regulation (EU) 2015/340
 - i) Part-ATCO.MED: a 2015/340 EU rendelet IV. melléklete

-
- | | |
|---|---|
| j) Gov. Decree 532/2017: Government Decree 532/2017 (XII.29.) on supplementary procedural rules for the aviation authority, | j) 532/2017 Korm. rendelet: a légiközlekedési hatóság kiegészítő eljárásjogi szabályairól szóló 532/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet, |
| k) Ákr.: Act CL of 2016 on the General Administrative Order, | k) Ákr.: az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény |
| l) Lt.: Act XCVII of 1995 about aviation, | l) Lt.: a légiközlekedésről szóló 1995. évi XCVII. törvény, |
| m) Lt. Vhr.: Government Decree 141/1995 (XI. 30.) on the implementing rules for Act XCVII of 1995 about aviation, | m) Lt. Vhr.: a légi közlekedésről szóló 1995. évi XCVII. törvény végrehajtásáról szóló 141/1995. (XI. 30.) Korm. rendelet, |
| n) Decree 27/2014 NFM: Ministerial Decree 27/2014 (IV.30.) NFM on the conditions of medical fitness of civil aviation personnel and the rules for the designation and activity of medical examination bodies, | n) 27/2014. NFM rendelet: a polgári légiközlekedési személyzet egészségi alkalmasságának feltételeiről, valamint az egészségi alkalmasság megállapítását végző szervek kijelölésének és tevékenységének szabályairól szóló 27/2014. (IV. 30.) NFM rendelet, |
| o) Act on Fees: Act XCIII of 1990 on Fees, | o) Illetéktörvény: az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény, |
| p) Decree 3/2002 GKM: Ministerial Decree 3/2002 (VI. 20.) GKM on procedural fees related to aviation, | p) 3/2002 GKM rendelet: a légi közlekedéssel kapcsolatos hatósági eljárások díjairól szóló 3/2002. (VI. 20.) GKM rendelet, |
| q) Eüsztv.: Act CCXXII of 2015 on general rules for electronic administration and trust services. | q) Eüsztv.: az elektronikus ügyintézés és a bizalmi szolgáltatások általános szabályairól szóló 2015. évi CCXXII. törvény. |

2 Regulations/ Szabályzatok

2.1 General requirements relating to the submission of applications and declarations/ Kérelmek és bejelentések beadásával kapcsolatos általános rendelkezések

(1) Applications and declarations covered by this document shall be submitted in writing to the Licensing Department (hereafter: authority) on the form specified for that application or declaration, unless otherwise provided in these document for that application or declaration.

(2) In the case of a legal entity established in Hungary only electronic form of contact as determined in Eüsztv shall be used for applications (eg.: epapir.gov.hu)

(3) In the case of natural person or legal entity established in other country in addition to the electronic form of contact as determined in Eüsztv applications can also be submitted via the customer office of the authority or by sending the documents with original signature to the postal address of the authority.

(4) If someone else acts before the authority on behalf of a natural person or, in the case of a legal person, it is not a person authorized to represent the legal person, then a document certifying the authorization of the authorized representative must be attached to the application.

(5) Electronic versions of the forms, the document titled „Szabályzat és bizonylati album a légügyi képzésekről és repülés-szimulációs oktatóeszközökről” as well as information regarding the customer office and postal address of the authority can be accessed from the following homepage: www.kozlekedesihatosag.kormany.hu.

(1) A jelen szabályzat hatálya alá eső kérelmeket és bejelentéseket írásban kell a Légügyi Szakszolgálati Hatósági Főosztálynak (továbbiakban: hatóság) címzetten benyújtani az adott kérelemhez meghatározott formanyomtatványon, kivéve, ha jelen szabályzat az adott kérelem vagy bejelentés esetében eltérően rendelkezik.

(2) Magyarországi székhelyű jogi személyek esetén kizárólag az Eüsztv-ben meghatározott elektronikus kapcsolattartási forma szerint adható be kérelem (pl.: epapir.gov.hu).

(3) Természetes személyek és nem magyarországi székhelyű jogi személyek esetében az Eüsztv-ben meghatározott elektronikus kapcsolattartási formán túl eredeti aláírással ellátott dokumentumon is benyújtható a kérelem vagy személyesen a hatóság ügyfélszolgálatán vagy postai küldeményként a hatóság levelezési címére küldve.

(4) Amennyiben természetes személy nevében más jár el a hatóság előtt vagy jogi személy esetében nem a jogi személy képviselőjére jogosult személy jár el, akkor a kérelem mellé csatolni kell a meghatalmazott képviselői jogosultságát igazoló dokumentumot.

(5) A formanyomtatványok elektronikusan kitható változatai, a „Szabályzat és bizonylati album a légügyi képzésekről és repülés-szimulációs oktatóeszközökről” című dokumentum, továbbá az ügyfélszolgálattal és levelezési címmel kapcsolatos információk elérhetőek a következő honlapon: www.kozlekedesihatosag.kormany.hu

2.2 Requirements relating to application for initial issue, revalidation, renewal or extension of aero-medical examiner (AME) certificate / Kérelem a kijelölt vizsgáló repülőorvos (AME) bizonyítvány első kiállításához, újraérvényesítéséhez, megújításához vagy kibővítéséhez

(1) In accordance with Part-MED MED.D.005 and Part-ATCO.MED ATCO.MED.C.005 the authority determines the form and manner for the submission of applications related to aero-medical examiner (AME) certificate as follows.

(2) Application for the initial issue, revalidation, renewal or extension of an AME certificate shall be submitted using the form in chapter 3.1 or 3.2 and the following documents shall be attached to the application:

a) Initial issue of AME certificate:

- i) qualification and license for the practice of medicine,
- ii) evidence of completion of specialist medical training,
- iii) certificate issued by the training organisation providing basic training course in aviation medicine and report of demonstrated competency of the practical training,
- iv) evidence about the availability of adequate facilities, procedures, documentation and functioning equipment as follows:

(1) A hatóság a Part-MED MED.D.005 és a Part-ATCO.MED ATCO.MED.C.005 pontjainak megfelelően a következők szerint határozza meg a kérelmek beadásának formáját és módját a kijelölt vizsgáló repülőorvos (AME) bizonyítványokkal összefüggésben.

(2) Kijelölt vizsgáló repülőorvos (AME) bizonyítvány első kiállítása, újraérvényesítése, megújítása vagy kibővítése iránti kérelmet írásban a 3.1 vagy 3.2 fejezetben meghatározott űrlapon kell benyújtani, melyhez csatolni kell:

a) Repülőorvos-szakértői tanúsítvány első kiállítása esetén:

- i) orvosi képesítés és egészségügyi szolgáltatási engedély,
- ii) szakorvosi képzés sikeres befejezését igazoló dokumentum,
- iii) alapszintű repülés-egészségügyi képzést biztosító szervezet bizonyítványa a tanfolyam sikeres elvégzéséről és jegyzőkönyve a gyakorlati képzés során megszerzett készségekről,
- iv) bizonyítékot arról, hogy rendelkezik a repülés-egészségügyi vizsgálatok elvégzésére alkalmas megfelelő létesítménnyel, eljárásokkal, dokumentumokkal és működő berendezésekkel az alábbiak vonatkozásában:

-
- | | |
|--|---|
| <p>1. 12-lead resting ECG,
2. Ophthalmology:
a) distant vision,
b) intermediate vision,
c) near vision,
3. Ophthalmoscop,
4. colour vision,
5. pure-tone audiometer,
6. tympanometry,
7. Hgb laboratory facilities,
8. urine laboratory facilities,
9. basic Otorhinolaryngology,

10. Peak flow meter,
11. scale, body height meter,

12. blood glucose meter,
13. other device,
14. computer, printer, scanner,
net connection for
contacting, data recording
(EPMIC) and reaching
current legislation,

15. protection of electronic and
personal data,
16. protection of paper-based
documents.</p> <p>v) documentation of the periodic review
of medical devices suitable for aero-
medical examinations.</p> <p>b) Revalidation of AME certificate:
i) valid AME certificate,

ii) verification issued by the training
organisation providing refresher
training course in aviation medicine,
iii) declaration about at least 10 aero-
medical examinations or equivalent
have done every year.</p> <p>c) Renewal of AME certificate:
i) qualification and license for the
practice of medicine,

ii) certificate issued by the training
organisation providing training
course in aviation medicine and
report of demonstrated successfully
completed practical training within
the previous year either at an AeMC</p> | <p>1. 12 elvezetéses EKG,
2. Látásvizsgáló:
a) távoli látás,
b) közbenső-látás,
c) közeli látás,
3. ophthalmoscop,
4. színlátás vizsgáló,
5. audiometer,
6. tympanometer
7. Hgb mérő
8. vizelet vizsgáló,
9. alap fül-orr-gégészeti
vizsgáló,

10. Peak flow meter,
11. személymérleg,
testmagasságmérő,
12. vércukormérő,
13. egyéb eszköz,
14. számítógép, nyomtató
scanner, internet kapcsolat
az elektronikus
kapcsolattartáshoz,
adatrögzítéshez (EMPIC) és
a hatályos jogszabályok
eléréséhez,
15. elektronikus és személyes
adatok védelmével,
16. papír alapú dokumentumok
védelmével.</p> <p>v) időszakos felülvizsgálati
dokumentációkat az orvostechikai
eszközökről és tartozékaikról.</p> <p>b) Újraérvényesítés esetén:
i) érvényes repülőorvos-szakértői
tanúsítvány,
ii) szinten tartó repülés-egészségügyi
képzést biztosító szervezet igazolása
a tanfolyam sikeres elvégzéséről,
iii) nyilatkozatot arról, hogy évente
legalább 10 repülés-egészségügyi
vizsgálatot vagy ezzel egyenértékű
vizsgálatot végzett.</p> <p>c) AME bizonyítvány megújítása esetén:
i) orvosi képesítés és egészségügyi
szolgáltatási engedély,

ii) repülés-egészségügyi képzést
biztosító szervezet bizonyítványa az
előző évben megtartott tanfolyam
sikeres elvégzéséről és jegyzőkönyv
az egyik repülőorvosi központban
vagy az illetékes hatóság felügyelete</p> |
|--|---|
-

or under the supervision of the competent authority	alatt egy sikeresen teljesített gyakorlati képzésről
d) Reissue of AME certificate: i) proof of the changed data.	d) AME bizonyítvány újra kiadása esetén: i) a megváltozott adatok igazolása.
e) Extension of AME certificate to Class 1 i) valid AME certificate, ii) certificate issued by the training organisation providing advanced training course in aviation medicine and report of demonstrated competency of the practical training iii) declaration about at least 30 examinations for the issue, revalidation or renewal of class 2 medical certificates or equivalent have done over a period of no more than 3 years preceding the application	e) AME bizonyítvány 1. osztályra való kiterjesztés esetén: i) érvényes repülőorvos-szakértői tanúsítvány, ii) haladó szintű repülés-egészségügyi képzést biztosító szervezet bizonyítványa a tanfolyam sikeres elvégzéséről és jegyzőkönyve a gyakorlati képzés során megszerzett készségekről, iii) nyilatkozatot arról, hogy a kérelem benyújtását megelőző legfeljebb 3 év alatt legalább 30 vizsgálatot végzett a 2. osztályú vagy ezzel egyenértékű orvosi minősítés kiállításával, újraérvényesítésével vagy megújításával összefüggésben.
f) Initial issue of AME certificate with Class 3 privileges i) fully qualified and licensed for the practice of medicine and hold a Certificate of Completion, or have evidence of, specialist medical training, ii) successfully completed basic and advanced training courses in aviation medicine, including specific modules for the aero-medical assessment of air traffic controllers and the specific environment in air traffic control; iii) demonstrate to have adequate facilities, procedures, documentation and functioning equipment suitable for aero-medical examinations; iv) demonstrate to have in place the necessary procedures and conditions to ensure medical confidentiality	f) AME bizonyítvány első kiállítása 3. osztályra i) teljes értékű orvosi képesítés és engedély, valamint a képzés sikeres befejezését igazoló bizonyítvány, illetve a szakorvosi képzést igazoló bizonyíték, ii) alap- és felsőfokú repülés-egészségügyi képzések sikeres elvégzése, többek között a légiforgalmi irányítók egészségügyi alkalmasságára és a légiforgalmi irányítás sajátos környezetére vonatkozó konkrét modulok is, iii) bizonyítékot arról, hogy rendelkezik a repülés-egészségügyi vizsgálatok elvégzésére alkalmas megfelelő létesítményekkel, eljárásokkal, dokumentumokkal és működő berendezésekkel; iv) bizonyítékot arról, hogy alkalmazza az orvosi titoktartás biztosításához szükséges eljárásokat és feltételeket

2.3 Requirements relating to application for a medical certificate/ Orvosi minősítés iránti kérelemmel kapcsolatos rendelkezések

(1) In accordance with Part-MED MED.A.035 and Part-ATCO.MED ATCO.MED.A.035 the authority determines the form and manner for the submission of applications related to medical certificates as follows.

(2) Application for initial issue, revalidation or renewal of a medical certificate shall be submitted to the AME or AeMC using the form in EMPIC system and the copy of valid passport or ID card shall be attached to the application.

(3) When applying for a revalidation or renewal of the medical certificate, applicants shall present the most recent medical certificate to the AeMC or AME prior to the relevant aero-medical examinations.

(4) Application for replacement of the medical certificate or reissue due to changes in personal data shall be submitted using the form in chapter 3.3 or 3.4 and the following documents shall be attached to the application:

- a) replacement of the medical certificate:
 - i) copy of the valid ID or passport,
 - ii) proof of payment of the procedural fee.
- b) reissue of the medical certificate:
 - i) copy of the valid ID or passport,
 - ii) proof of changes,
 - iii) copy of the the valid medical certificate,
 - iv) proof of payment of the procedural fee.

(1) A hatóság a Part-MED MED.A.035 és Part-ATCO.MED ATCO.MED.A.035 pontjainak megfelelően a következők szerint határozza meg a kérelmek beadásának formáját és módját az orvosi minősítésekkel kapcsolatban.

(2) Az orvosi minősítés első kiállítása, újraérvényesítése vagy megújítása iránti kérelmet az AeMC-nek vagy az AME-nek kell benyújtani az EMPIC rendszerben meghatározott űrlap kitöltésével, melyhez csatolni kell az érvényes útlevel vagy személyigazolvány másolatát.

(3) Meglévő orvosi minősítés újraérvényesítésének vagy megújításának kérelmezése esetén a kérelmezőnek a vonatkozó repülés-egészségügyi vizsgálatok előtt be kell mutatnia a legfrissebb orvosi minősítését az AeMC-nek vagy az AME-nek.

(4) Az orvosi minősítés pótlása vagy adatváltozás miatti újbóli kiállítása iránti kérelmet írásban a 3.3 vagy 3.4 fejezetben meghatározott űrlapon kell benyújtani, melyhez csatolni kell az alábbi dokumentumokat:

- a) pótlás esetén:
 - i) érvényes útlevel / személyigazolvány másolata,
 - ii) eljárási díj befizetésének igazolását.
- b) újra kiállítás esetében:
 - i) érvényes útlevel / személyigazolvány másolata,
 - ii) adatváltozást igazoló dokumentum másolata,
 - iii) az érvényes orvosi minősítés/bizonyítvány másolata,
 - iv) eljárási díj befizetésének igazolását.

2.4 Requirements relating to the review of examination reports/ Repülőorvosi leletek felülvizsgálatával kapcsolatos rendelkezések

(1) In accordance with Part-ARA ARA.MED.315 the authority determines the form and manner for the submission of applications related to the review of examination reports as follows.

(2) Application for the review of examination reports shall be submitted using the form in chapter 3.5 or 3.6 and the following documents shall be attached to the application:

- a) justification of the review,
- b) proof of payment of the procedural fee.

(1) A hatóság a Part-ARA ARA.MED.315 pontnak megfelelően a következők szerint határozza meg a kérelmek beadásának formáját és módját repülőorvosi leletek felülvizsgálatával összefüggésben.

(2) A repülőorvosi leletek felülvizsgálata iránti kérelmet a 3.5 vagy 3.6 fejezetben meghatározott úrlapon kell benyújtani melyhez csatolni kell az alábbi dokumentumokat:

- a) felülvizsgálati kérelem indoklása,
- b) eljárási díj befizetésének igazolását.

2.5 Requirements relating to the secondary review procedure/ Másodlagos felülvizsgálati eljárással kapcsolatos rendelkezések

- (1) In accordance with Part-ARA ARA.MED.325 the authority determines the form and manner for the submission of applications related to secondary review procedure as follows.
- (1) A hatóság a Part-ARA ARA.MED.325 pontnak megfelelően a következők szerint határozza meg a kérelmek beadásának formáját és módját orvosi minősítés másodlagos felülvizsgálati eljárással összefüggésben.
- (2) Application for secondary review procedure of medical certificate shall be submitted using the form in chapter 3.7 or 3.8 and the following documents shall be attached to the application:
- (2) Az orvosi minősítés másodlagos felülvizsgálati eljárás iránti kérelmet írásban a 3.7 vagy 3.8 fejezetben meghatározott űrlapon kell benyújtani, melyhez csatolni kell:
- a) proof of payment of the procedural fee,
b) justification of the review.
- a) eljárási díj befizetésének igazolását,
b) felülvizsgálati kérelem indoklása.
- (3) Application for secondary review procedure of medical certificate can be initiated after the review initiated in accordance with chapter 2.4 was unsuccessful.
- (3) Az orvosi minősítés másodlagos felülvizsgálati eljárás iránti kérelem azután nyújtható be, miután a 2.4 fejezettel összhangban kezdeményezett felülvizsgálati eljárás sikertelenül zárult le.

2.6 Requirements relating to approving of training courses in aviation medicines/ Repülés-egészségügyi képzések hatósági jóváhagyásával kapcsolatos rendelkezések

- (1) In accordance with Part-MED Part-MED MED.D.20 and MED.D.030 the authority determines the form and manner for the submission of applications related to training courses in aviation medicines as follows:
- (1) A hatóság a Part-MED MED.D.020 és MED.D.030 pontjainak megfelelően a következők szerint határozza meg a kérelmek beadásának formáját és módját a repülés-egészségügyi képzések hatósági jóváhagyásával összefüggésben.
- (2) Application for approval of training courses in aviation medicines shall be submitted using the form in chapter 3.9 or 3.10 and the following documents shall be attached to the application:
- (2) Repülés-egészségügyi képzések hatósági jóváhagyásával kapcsolatos kérelmet a 3.9 vagy 3.10 fejezetben meghatározott űrlapon kell benyújtani, melyhez csatolnia kell:
- a) The course syllabus is summarised in table, which includes learning objectives to acquire the necessary competencies, the name(s) of person(s) in charge of providing the training have adequate knowledge and experience broken down by hour.
- a) A képzés tanmenetét táblázatba foglalva, mely tartalmazza óránkénti lebontásban a képzési célokat, a képzésért felelős személy(-ek) nevét, a képzéshez megfelelő ismereteit, tapasztalatait.

2.7 Requirements relating to approval of an AeMC / Repülőorvosi központ bizonyítványra vonatkozó kérelmekkel kapcsolatos rendelkezések

(1) In accordance with Part-ORA ORA.GEN.115 and ORA.AeMC.115 the authority determines the form and manner for the submission of applications related to AeMC organisations as follows.

(2) Application for the initial issue of an AeMC certificate or approval of a change related to an AeMC organisation shall be submitted using the form in chapter 3.11 or 3.12 and the following documents shall be attached to the application:

- a) documentation demonstrating compliance with Part-ORA, including the procedures in accordance with Part-ORA ORA.GEN.130 as detailed in chapter 2.8,
- b) EASA Form 4 in accordance with chapter 3.13 or 3.14 of the document titled "Szabályzat és bizonylati album a légügyi képzésekről és repülés-szimulációs oktatóeszközökről" for the acceptance of the management personnel, together with documents related to their qualification,
- c) risk assessment and mitigating measures in the form established in GM4 ORA.GEN.200(a)(3) related to the activity,

(3) In the case of application for approval of a change only the documents relevant for the change shall be attached.

(1) A hatóság a Part-ORA ORA.GEN.115 és ORA.AeMC.115 pontjainak megfelelően a következők szerint határozza meg a kérelmek beadásának formáját és módját repülőorvosi központokkal összefüggésben.

(2) AeMC engedély első kiadása vagy AeMC szervezettel kapcsolatos módosítás jóváhagyása iránti kérelmet 3.11 vagy 3.12 fejezetben meghatározott űrlapon kell benyújtani, melyhez csatolni kell:

- a) a Part-ORA követelményeinek való megfelelést igazoló dokumentáció, beleértve a Part-ORA ORA.GEN.130 pontoknak megfelelő eljárásokat a 2.8 fejezetben részletezettek szerint,
- b) a „Szabályzat és bizonylati album a légügyi képzésekről és repülés-szimulációs oktatóeszközökről” című dokumentum 3.13 vagy 3.14 fejezete szerinti EASA Form 4 nyomtatványokat a vezető beosztású személyek elfogadására, a képzéseket igazoló dokumentumok másolataival,
- c) a tevékenységgel összefüggő kockázatelemzést és kockázat csökkentő intézkedések meghatározását a GM4 ORA.GEN.200(a)(3) pontnak megfelelő formában.

(3) Módosítás jóváhagyása iránti kérelem esetén a fenti dokumentumok közül csak a módosításhoz kapcsolódó dokumentumokat kell csatolni.

2.8 Formal requirements for manuals/ Kézikönyvekre vonatkozó formai követelmények

(1) Chapter 2.12 of the document titled “Szabályzat és bizonylati album a légügyi képzésekről és repülés-szimulációs oktatóeszközökről” shall be applied.

(1) A „Szabályzat és bizonylati album a légügyi képzésekről és repülés-szimulációs oktatóeszközökről” című dokumentum 2.12 fejezete alkalmazandó.

2.9 Submission of a corrective action plan/ Kiigazító intézkedési terv benyújtása

(1) Chapter 2.13 of the document titled “Szabályzat és bizonylati album a légügyi képzésekről és repülés-szimulációs oktatóeszközökről” shall be applied.

(1) A „Szabályzat és bizonylati album a légügyi képzésekről és repülés-szimulációs oktatóeszközökről” című dokumentum 2.13 fejezete alkalmazandó.

3 Documentary Album/ Bizonylati album

3.1 Kérelem a kijelölt vizsgáló repülőorvos (AME) bizonyítvány első kiállításához, újraérvényesítéséhez, megújításához vagy kibővítéséhez



ÉPÍTÉSI ÉS KÖZLEKEDÉSI
MINISZTERIUM

**Kérelem a kijelölt vizsgáló repülőorvos (AME)
bizonyítvány első kiállításához, újraérvényesítéséhez,
megújításához vagy kibővítéséhez**

1178/2011/EU rendelet IV melléklete

(Part-MED) alapján

1.	Kérelmező adatai
1.1	Vezetéknév: Keresztnév:
	Születési név: (ha különbözik):
1.2	Születési hely: Születési idő:
	Orvosi pecsét száma: AME azonosító:
	Telefonszám: E-mail:
1.3	Lakcím:
	Irányítószám: Ország, város:
	Közterület: Házs szám:
1.4	Levelezési cím:
	Irányítószám: Ország, város:
	Közterület: Házs szám:
1.5	Rendelő bejegyzett címe:
	Irányítószám: Ország, város:
	Közterület: Házs szám:
	Telefonszám: E-mail:
	Fax: Honlap:
	Beszélt nyelvek:
1.6	Számlázási adatok:
	Számlázási név:
	Irányítószám: Ország, város:
	Közterület: Házs szám:
2.	Kérelem részletei
2.1	A kérelem tárgya (csak egyet jelöljön be):
	<input type="checkbox"/> Repülőorvos-szakértői (AME) tanúsítvány első kiállítása
	<input type="checkbox"/> Repülőorvos-szakértői (AME) tanúsítvány újraérvényesítése
	<input type="checkbox"/> Repülőorvos-szakértői (AME) tanúsítvány megújítása (lejárt tanúsítvány esetén)
	<input type="checkbox"/> Repülőorvos-szakértői (AME) tanúsítvány kibővítése (1. és/vagy 3. osztály vizsgálatok esetén)
<input type="checkbox"/> Repülőorvos-szakértői (AME) tanúsítvány újbóli kiadása (adatváltozás esetén)	
2.2	Milyen osztályban kéri a kijelölését?
	<input type="checkbox"/> 1. osztály
	<input type="checkbox"/> 2. osztály, LAPL és Utaskísérő személyzet
<input type="checkbox"/> 3. osztály	
2.3	Az AME tanúsítvány aktuális lejárat dátuma (csak újraérvényesítés vagy kibővítés esetén):

<p>3.</p>	<p>A kérelmező nyilatkozata</p> <p>A fenti adatoknak megfelelően a 1178/2011/EU és a 2015/340/EU rendeletek és a kapcsolódó AMC/GM anyagok vonatkozó követelményeit a kérelem kitöltésekor ismertem és megértettem, ennek megfelelően csatoltam a szükséges dokumentumokat a kérelemhez, valamint e rendeletekben meghatározott követelmények alapján fogok orvosi minősítéseket kiállítani.</p> <p>Kijelentem, hogy az űrlapon megadott adatok a kérelem benyújtásának időpontjában megfelelnek a valóságnak, továbbá vállalom, hogy a repülés-egészségügyi vizsgálatokat a vonatkozó jogszabályokban meghatározott követelményeknek megfelelően végzem el.</p> <p>Kijelentem, hogy nem rendelkezem más tagállamban kiadott azonos kategóriájú tanúsítvánnyal, nem jelentkeztem más tagállamba tanúsítványért és soha nem rendelkezttem más tagállam által kiállított tanúsítvánnyal, amely felfüggesztésre vagy visszavonásra került volna.</p> <p>Kijelentem, hogy amennyiben több helyszínen is végzem repülés-egészségügyi vizsgálatokat, az összes ilyen helyszínről és létesítményről tájékoztatom az illetékes hatóságot.</p> <p>Tudomásul veszem, hogy a nem teljeskörűen kitöltött kérelem vagy hiányosan csatolt dokumentumok esetén a hatóság hiánypótlási felszólítással bekéri a hiányos adatokat vagy dokumentumokat.</p> <p>Tudatában vagyok, hogy valótlan adatok közlése esetén a kérelem elutasításra kerülhet.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>
<p>4.</p>	<p>Közlemény a hatóságnak:</p>

Kitöltési útmutató

- 1.2 AME azonosító számát csak az AME tanúsítvánnyal rendelkező orvosoknak kell kitöltenie.
- 1.4 A levelezési címet csak akkor kell megadni, ha különbözik a székhelytől.
- 1.5. Rendelő adatainak megadása. Amennyiben több helyszínen is végez repülés-egészségügyi vizsgálatokat, az összes ilyen helyszínről és létesítményről külön kérelmet szükséges kitölteni.
 - 2.1. A kérelem tárgyánál csak egyet jelöljön be
 - 2.2. A vizsgálni kívánt osztályokat kérjük megjelölni.
 - 2.3. Az AME tanúsítvány aktuális lejáratát csak újraérvényesítés vagy kiterjesztés esetén szükséges megadni.
- 3. A Kérelmezőnek kell aláírnia a megfelelő helyen.

3.2 Application for certificate for aero-medical examiners (AMEs) initial issue, revalidation, renewal or extension



MINISTRY OF CONSTRUCTION AND
TRANSPORT

Application for certificate for aero-medical examiners (AMEs) initial issue, revalidation, renewal or extension

In accordance with to the Annex IV to the Regulation (EU) No. 1178/2011 (Part-MED)

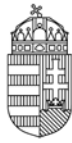
1	Applicant's data	
1.1	Last name:	First name:
	Birth name / maiden name:	
1.2	Place of birth:	Date of birth:
	Medical stamp number:	AME identification number:
	Phone number:	E-mail:
1.3	Registered address:	
	Postal code:	Country, city:
	Street:	Number:
1.4	Mailing address:	
	Postal code:	Country, city:
	Street:	Number:
1.5	Professional address	
	postalcode:	Country, city:
	Public place:	number:
	Phone number:	E-mail:
	Fax:	Website:
Spoken languages:		
1.6	Billing informations	
	Billing name:	
	Postal code:	Country, city
	Street:	Number:
2	Details of the application	
2.1	Subject of the application	
	<input type="checkbox"/> initial issue of AME certificate	
	<input type="checkbox"/> revalidation of AME certificate	
	<input type="checkbox"/> renewal of AME certificate (in case of expired)	
	<input type="checkbox"/> extension of AME certificate (Class 1 and / or Class 3)	
<input type="checkbox"/> reissue of AME certificate (changes in data)		
2.2	Category	
	<input type="checkbox"/> Class 1	
	<input type="checkbox"/> Class 2,	
	<input type="checkbox"/> LAPL and Cabin crew	
<input type="checkbox"/> Class 3		
2.3	Current expiration date of the AME certificate (only in case of revalidation or extension) :	

3	Declaration by the applicant
3.1	<p>According to the information given above and according to Comission Regulation 1178/2011 and Regulation (EU) 2015/340 and the relevant AMC/GM , I have attached the necessary documents to the application, and I will issue medical certificates based on the requirements specified in these regulations.</p> <p>I declare that the information provided on the form is correct at the time of submission of the application and I also undertake to carry out medical examinations in accordance with the requirements set out in the relevant legislation.</p> <p>I declare I was not holding any personnel licence, certificate, rating, authorisation or attestation with the same scope and in the same category issued in another Member State; have not applied for any personnel licence, certificate, rating, authorisation or attestation with the same scope and in the same category in another Member State; and have never held any personnel licence, certificate, rating, authorisation or attestation with the same scope and in the same category issued in another Member State which was revoked or suspended in any other Member State.</p> <p>I declare when I undertake aero-medical examinations in more than one location, they shall provide the competent authority with relevant information regarding all practice locations and practice facilities.</p> <p>I understand that in the case of incompletely completed applications or incompletely attached documents, the authority requests incomplete data or documents with a deficiency notice.</p> <p>I am aware that if false information is provided, the application may be rejected.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div>
4	Notice to the authority:

Completion instructions

- 1.2 AME identification number should only be filled out by AME certified doctors.
- 1.4 Mailing address is only required if it differs from the place of business.
- 1.5 If the applicant carries out aviation health inspections at several locations, a separate application must be completed for all such locations and facilities.
- 2.1. Tick just only one square.
- 2.2 Tick the chosen examination category
- 2.3 The current expiration date of the AME certificate is only required for re-validation or renewal.
- 3. Must be signed by the applicant.

3.3 Orvosi minősítés iránti kérelem (pótlás vagy újbóli kiállítás)





ÉPÍTÉSI ÉS KÖZLEKEDÉSI
MINISZTERIUM

Orvosi minősítés iránti kérelem (pótlás vagy újra kiállítás)

1178/2011/EU rendelet IV melléklete

(Part-MED) alapján

1.	A kérelmező adatai	
1.1	Vezetéknév:	Keresztnév:
	Születési név:	Állampolgárság:
1.2	Születési hely:	Születési idő:
	Telefonszám:	E-mail:
1.3	Lakcím	
	Irányítószám:	Ország, város:
	Közterület:	Házszám:
1.4	Levelezési cím	
	Irányítószám:	Ország, város:
	Közterület:	Házszám:
1.5	Számlázási adatok	
	Irányítószám:	Ország, város:
	Közterület:	Házszám:
2.	Pilóták, légiforgalmi irányítók	
	<input type="checkbox"/> repülőorvosi minősítés pótlása (elveszett, megsemmisült)	
	<input type="checkbox"/> repülőorvosi minősítés újra kiállítása (adatváltozás)	
3.	Utaskísérő személyzet	
	<input type="checkbox"/> orvosi bizonyítvány pótlása (elveszett, megsemmisült)	
	<input type="checkbox"/> orvosi bizonyítvány újra kiállítása (adatváltozás)	
4.	Az elkészült minősítés átvétele	
	<input type="checkbox"/> ügyfélszolgálaton	
	<input type="checkbox"/> postai úton	
5.	Kérelmező nyilatkozata	
	<p>A fenti adatoknak megfelelően a 1178/2011/EU és a 2015/340/EU rendeletek vonatkozó követelményeit a kérelem kitöltésekor ismertem és megértettem, ennek megfelelően csatoltam a szükséges dokumentumokat a kérelemhez,</p> <p>Kijelentem, hogy az űrlapon megadott adatok a kérelem benyújtásának időpontjában megfelelnek a valóságnak.</p> <p>Tudomásul veszem, hogy a nem teljeskörűen kitöltött kérelem vagy hiányosan csatolt dokumentumok esetén a hatóság hiánypótlási felszólítással bekéri a hiányos adatokat vagy dokumentumokat.</p> <p>Tudatában vagyok, hogy valótlán adatok közlése esetén a kérelem elutasításra kerülhet.</p>	
	Dátum:	
	 Név	 Aláírás
6.	Befizetett eljárási díj	
7.	Közlemény a hatóságnak:	

Kitöltési útmutató

- 1.4 A levelezési címet csak akkor kell megadni, ha különbözik a székhelytől.
- 2 Pilóta vagy légiforgalmi irányító szakszolgálati engedéllyel vagy orvosi minősítéssel rendelkező személyek jelöljenek meg egy lehetőséget.
3. Utaskísérő személyzeti tanúsítvánnyal rendelkező személyek jelöljenek meg egy lehetőséget.
4. Az elkészült minősítés átvételének módja, egyet jelöljön meg.
5. Kérelmezőnek kell aláírnia a megjelölt helyen.

3.4 Application form for a medical certificate (replacement or reissue)



MINISTRY OF CONSTRUCTION AND
TRANSPORT

Application form for a medical certificate (replacement or reissue)

In accordance with the Annex IV to the Regulation (EU) 1178/2011
under Part-MED MED.A.035 (a)

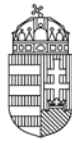
1.	Applicant's data	
1.1	Last name:	First name:
	Birth name / maiden name:	Nationality:
1.2	Place of birth:	Date of birth:
	Phone number:	E-mail:
1.3	Registered address	
	Postal code:	Country, city
	Street:	Number:
1.4	Mailing address	
	Postal code:	Country, city
	Street:	Number:
1.5	Billing informations	
	Postal code:	Country, city:
	Street:	Number:
2.	Pilots or Air Traffic Controller	
	<input type="checkbox"/> replacement of the medical certificate (lost, damaged) <input type="checkbox"/> reissue of the medical certificate (changes in data)	
3.	Cabin crew	
	<input type="checkbox"/> replacement of the medical certificate (lost, damaged) <input type="checkbox"/> reissue of the medical certificate (changes in data)	
4.	Receipt of the medical certificate	
	<input type="checkbox"/> at the customer service <input type="checkbox"/> by post	

5.	<p>Applicant's declaration</p> <p>According to the information given above and according to Commission Regulation 1178/2011 and Regulation (EU) 2015/340, I have attached the necessary documents to the application.,.</p> <p>I declare that the information provided on the form is correct at the time of submission of the application.</p> <p>I understand that in the case of incompletely completed applications or incompletely attached documents, the authority requests incomplete data or documents with a deficiency notice.</p> <p>I am aware that if false information is provided, the application may be rejected.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">dated</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">name</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">signature</p>
6.	<p>Procedural fee paid:</p> <p>_____</p>
7.	<p>Notice to the authority:</p> <p>_____</p>

Completion instructions

- 1.4 Mailing address is only required if it differs from the place of business.
- 2 It is applicable if the Applicant is a pilot or air traffic controller licence / medical certificate owner.
Tick just only one square.
3. It is applicable if the Applicant is a Cabin crew report owner.
Tick just only one square.
4. Receipt of the medical certificate
Tick just only one square
5. Must be signed by the applicant.

3.5 Kérelem Repülőorvosi leletek felülvizsgálatához



ÉPÍTÉSI ÉS KÖZLEKEDÉSI
MINISZTERIUM

Kérelem Repülőorvosi leletek felülvizsgálatához
1178/2011/EU rendelet IV (Part-MED) és VI melléklete (Part-ARA)
alapján

1.	Kérelmező adatai
1.1	Vezetéknév: Keresztnév: Születési név: Állampolgárság: Születési hely: Születési idő: Telefonszám: E-mail:
1.2	Lakcím: Irányítószám: Ország, város: Községterület: Házsám:
1.3	Levelezési cím: Irányítószám: Ország, város: Községterület: Házsám:
1.4	Számlázási adatok: Számlázási név: Irányítószám: Ország, város: Községterület: Házsám:
2.	Kérelem részletei
2.1	Kérelem tárgya (csak egyet jelöljön be) <input type="checkbox"/> korlátozás felülvizsgálata, korlátozás megnevezése: <input type="checkbox"/> alkalmatlan minősítés felülvizsgálata
2.2	Az orvosi minősítés adatai Az orvosi minősítés kiállítója: Az orvosi vizsgálat időpontja: A minősítés kiállításának időpontja: A minősítés kézhezvételének időpontja:
3.	Kérelmező nyilatkozata A fenti adatoknak megfelelően a 1178/2011/EU és a 2015/340/EU rendeletek vonatkozó követelményeit a kérelem kitöltésekor ismertem és megértettem és ennek megfelelően csatoltam a szükséges dokumentumokat a kérelemhez, Kijelentem, hogy az űrlapon megadott adatok a kérelem benyújtásának időpontjában megfelelnek a valóságnak. Tudomásul veszem, hogy a nem teljeskörűen kitöltött kérelem vagy hiányosan csatolt dokumentumok esetén a hatóság hiánypótlási felszólítással bekéri a hiányos adatokat vagy dokumentumokat. Tudatában vagyok, hogy valótlan adatok közlése esetén a kérelem elutasításra kerülhet. Dátum: <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> <p>←—————→</p> <p>Név</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>←—————→</p> <p>Aláírás</p> </div> </div>
4.	Befizetett eljárási díj:
5.	Közlemény a hatóságnak:

Kitöltési útmutató

- 1.3 A levelezési címet csak akkor kell megadni, ha különbözik a székhelytől
- 2.1 Kérelem tárgyánál egyet jelöljön meg!
- 2.2 Az orvosi minősítés adatainak pontos megadása
Az orvosi minősítés kiállítójának megnevezése, aki kiállította az orvosi minősítését.
Az orvosi vizsgálat időpontja, amikor a vizsgálatát megkezdte
A minősítés kiállításának időpontja.
A minősítés kézhezvételének időpontja, amikor átvette.
3. A Kérelmezőnek kell aláírnia a megfelelő helyen.

3.6 Application form for review of examination



MINISTRY OF CONSTRUCTION AND
TRANSPORT

Application form for review of examination

In accordance with the Annex IV (Part-MED) and Annex VI (Part-ARA) to the Regulation (EU) 1178/2011

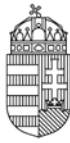
1.	Applicant's data	
1.1	Last name:	First name:
	Birth name / Maiden name:	Nationality:
1.2	Place of birth:	Date of birth:
	Phone number:	E-mail:
1.3	Registered address	
	Postal code:	Country, city:
	Public place:	Number:
1.4	Mailing address	
	Postal code:	Country, city:
	Public place:	Number:
1.5	Billing informations	
	Billing name:	
	Postal code:	Country, city
	Street:	Number:
2.	Details of application	
	Subject of application - tick only one box:	
	<input type="checkbox"/> review of limitations; limitation code: <input type="checkbox"/> review of unfit	
3.	Details of medical certificate	
	Issuing AME:	
	Date of the aeromedical examination:	
	Date of the engrossment:	
	Date of receiving the decision:	

4.	<p>Declaration by the applicant</p> <p>According to the information given above and according to Comission Regulation 1178/2011 and Regulation (EU) 2015/340 with the above data, I have attached the necessary documents to the application.</p> <p>I declare that the information provided on the form is correct at the time of submission of the application.</p> <p>I understand that in the case of incompletely completed applications or incompletely attached documents, the authority requests incomplete data or documents with a deficiency notice.</p> <p>I am aware that if false information is provided, the application may be rejected.</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p style="margin-left: 100px;">name</p> <p style="margin-left: 250px;">dated</p> <p style="margin-left: 450px;">signature</p> </div>
5.	<p>Procedural fee paid:</p>
6.	<p>Notice to the authority:</p>

Completion instructions

- 1.3 Mailing address is only required if it differs from the place of business.
- 2.1 At the subject of application , tick only one box
- 2.2 Exact details of medical certificate
 - Who issued the medical certificate
 - What was the date of the aeromedical examination
 - Date of the engrossment
 - Date when the Applicant received the decision
3. Must be signed by the applicant.

3.7 Kérelem másodlagos felülvizsgálati eljárásra



ÉPÍTÉSI ÉS KÖZLEKEDÉSI
MINISZTERIUM

Kérelem másodlagos felülvizsgálati eljárásra

1178/2011/EU rendelet IV melléklete (Part-MED) és VI melléklete
(Part-ARA) alapján

1	Kérelmező adatai	
1.1	Vezetéknév:	Keresztnév:
	Születési név:	Állampolgárság:
1.2	Születési hely:	Születési idő:
	Telefonszám:	E-mail:
1.3	Lakcím:	
	Irányítószám:	Ország, város:
	Közterület:	Házsám:
1.4	Levelezési cím:	
	Irányítószám:	Ország, város:
	Közterület:	Házsám:
1.5	Számlázási adatok:	
	Számlázási név:	
	Irányítószám:	Ország, város:
	Közterület:	Házsám:
2	A kérelem részletei	
2.1	Kérelem tárgya (csak egyet jelöljön be)	
	<input type="checkbox"/> korlátozás felülvizsgálata; korlátozás megnevezése:	
	<input type="checkbox"/> alkalmatlan minősítés felülvizsgálata	
2.2	Az elsődleges felülvizsgálat adatai	
	Az elsődleges szakvélemény kiállítója:	
	A szakvélemény kiállításának időpontja:	
	A szakvélemény kézhezvételének ideje:	

Kitöltési útmutató

- 1.4 A levelezési címet csak akkor kell megadni, ha különbözik a székhelytől.
- 2.1 Kérelem tárgyánál egyet jelöljön meg!
- 2.2 Az elsődleges felülvizsgálat adatai
 - a) Az elsődleges szakvélemény kiállító orvos megnevezése
 - b) A szakvélemény kiállításának időpontja
 - c) A szakvélemény kézhezvételének időpontja, amikor átvette
3. A kérelmezőnek kell aláírnia a megfelelő helyen.

3.8 Application form for secondary review of medical certificate






ÉPÍTÉSI ÉS KÖZLEKEDÉSI
MINISZTERIUM

Application form for secondary review of medical certificate

In accordance with the Annex IV (Part-MED) and Annex VI (Part-ARA) to the Regulation (EU) 1178/2011

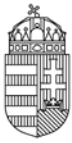
1.	Applicant's data
1.1	Last name: First name: birth name/Maiden name: Nationality:
1.2	Place of birth: Date of birth: Phone number: E-mail:
1.3	Registered address Postal code: Country, city: Street: Number:
1.4	Mailing address Postal code: Country, city: Street: Number:
1.5	Billing informations Billing name: Postal code: Country, city: Public place: Number:
2	Details of application
2.1	Subject of application - tick only one box: <input type="checkbox"/> review of limitations; limitation code: <input type="checkbox"/> review of unfit
2.2	Details of the review of examination Issuing medical certificate by: date of the review of examination: date of receipt the decision:

3	<p>Declaration by the applicant</p> <p>According to the information given above and according to Comission Regulation 1178/2011 and Regulation (EU) 2015/340, I have attached the necessary documents to the application.</p> <p>I declare that the information provided on the form is correct at the time of submission of the application.</p> <p>I understand that in the case of incompletely completed applications or incompletely attached documents, the authority requests incomplete data or documents with a deficiency notice.</p> <p>I am aware that if false information is provided, the application may be rejected.</p> <p style="text-align: center;">  dated </p> <p style="text-align: center;">   </p> <p style="text-align: center;"> name signature </p>
4	<p>Procedural fee paid:</p>
5	<p>Notice to the authority:</p>

Completion instructions

- 1.4 Mailing address is only required if it differs from the place of business
- 2.1 Subject of application - tick only one box
- 2.2 Details of the review of examination
 - a) Who issued the medical certificate
 - b) What was the date of the review of examination
 - c) Date when the Applicant received the decision
- 3. Must be signed by applicant.

3.9 Kérelem repülés-egészségügyi képzés hatósági jóváhagyásához



ÉPÍTÉSI ÉS KÖZLEKEDÉSI
MINISZTERIUM

Kérelem repülés-egészségügyi képzés hatósági jóváhagyásához

1178/2011/EU rendelet IV. melléklete
(Part-MED) alapján

1	Képzés megnevezése	
2	Szervezeti adatok	
2.1	Bejegyzett név:	Kereskedelmi név (ha különbözik):
2.2	Szervezet bejegyzett székhelye:	
	Irányítószám:	Ország, város:
	Közterület:	Házsám:
	Telefonszám:	E-mail:
	Fax:	Honlap:
2.3	Levelezési cím:	
	Irányítószám:	Ország, város:
	Közterület:	Házsám:
3	Képzés adatai	
3.1	Képzés szervezője:	
3.2	Képzés résztvevői, célcsoport:	
3.3	A képzés célja, rövid leírás, a megszerzendő kompetenciák és készségek felsorolása:	
3.4	A képzés megkezdésének tervezett dátuma:	
3.5	A képzés időtartama (óra):	
3.6	A képzés helyszíne:	
3.7	A képzés formája:	
	<input type="checkbox"/> kevert (online és frontális)	
	<input type="checkbox"/> frontális	
	<input type="checkbox"/> on-line	

Kitöltési útmutató

1. Repülés-egészségügyi képzés címe
- 2.3 A levelezési címet csak akkor kell megadni, ha különbözik a székhelytől.
- 3.1 A képzés szervezőjének neve
- 3.3 A képzés célja, rövid leírása, a képzéssel megszerezhető kompetenciák és készségek felsorolása.
- 3.7 Képzés formájánál egyet kell bejelölni.
Kevert jelentése, hogy on-line és személyes jelenléttel igénylő oktatásban folyik a képzés.
- 3.8 Képzést tartó személyek nevei, végzettségeik
4. A képzés szervezőjének aláírása szükséges.

3.10 Application form for approval of training courses in aviation medicine



MINISTRY OF CONSTRUCTION AND
TRANSPORT

Application form for approval of training courses in aviation medicine

In accordance with to the Regulation (EU)
No. 1178/2011.

1	Title of the training course	
2	Training organisation data	
2.1	Registered name:	Trade name (if different):
2.2	Registered address	
	Postal code:	Country, city:
	Street:	Number:
	Phone number:	E-mail:
	Fax:	Webpage:
2.3	Mailing address	
	Postal code:	Country, city:
	Street:	Number:
3	Details of the training course	
3.1	The organiser of the training course:	
3.2	Participants of the training course, target group	
3.3	Purpose of the training course, short description, list of competences and skills	
3.4	Date of training course:	
3.5	Duration of training course (hours)	
3.6	Place of training:	
3.7	Form of training:	
	<input type="checkbox"/> hybrid	
	<input type="checkbox"/> personal presence	
	<input type="checkbox"/> on-line	

Completion instructions

1. Name of the training course.
- 2.3 Mailing address is only required if it differs from the place of business
- 3.1 Name of the organiser
- 3.3 Short description about the training course, including the list of competencies and skills that can be acquired through training
- 3.7 Form of training
Hybrid means a mixed training form which contains on-line and personal presence parts.
- 3.8 Names of the lecturers and list of their qualifications.
4. Must be signed by the organiser.

3.11 PART-ORA AeMC Repülőorvosi Központ szervezeti bizonyítvány kérelem első kiadása, módosítása



ÉPÍTÉSI ÉS KÖZLEKEDÉSI
MINISZTERIUM

Part-ORA AeMC
Repülőorvosi Központ szervezeti bizonyítvány
kérelem első kiadása, módosítása
1178/2011/EU rendelet VII melléklete
(Part-ORA) alapján

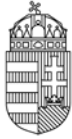
1.	Szervezeti adatok		
1.1	Bejegyzett név:		
	Kereskedelmi név (ha különbözik):		
1.2	A szervezet felelős vezetője:		
1.3	Szervezet bejegyzett székhelye:		
	Irányítószám:	Ország, város:	
	Közterület:	Házsám:	
1.4	Levelezési cím:		
	Irányítószám:	Ország, város:	
	Közterület:	Házsám:	
1.5	Számlázási adatok:		
	Számlázási név:		
	Irányítószám:	Ország, város:	
	Közterület:	Házsám:	
1.6	Telefonszám:	E-mail:	
	Fax:	Honlap:	
1.7	Szervezet képzési engedélyének száma (módosítás esetén):		
2.	Repülőorvosi Központ szervezeti engedély kérelem		
2.1	<input type="checkbox"/> első kiadás <input type="checkbox"/> módosítás (eng. hiv. sz.: _____)		
2.2	Módosítás esetén a változások rövid leírása:		
2.3	Tevékenység megkezdésének tervezett dátuma:		
2.4	Repülőorvosi alkalmassági vizsgálati típusok:		
	<input type="checkbox"/> 1		
	<input type="checkbox"/> 2, LAPL és utaskísérő személyzet		
	<input type="checkbox"/> 3		
3.	Repülőorvosi központ vezető		
	Neve:		
	Születési hely, idő:		
	Kijelölt vizsgáló repülőorvos (AME) bizonyítvány száma:		
	Teljes vagy részmunkaidőben foglalkoztatott:		
4.	Egyéb vezető beosztású személyek a kérelemmel kapcsolatos szervezetben:		
	Repülésbiztonsági vezető:		
	Neve:		
	Születési hely, idő:		
	Teljes vagy részmunkaidőben foglalkoztatott:		
	Megfelelőség ellenőrzési vezető:		
	Neve:		
	Születési hely, idő:		
	Teljes vagy részmunkaidőben foglalkoztatott:		

5.	Repülőorvos-szakértői tanúsítvánnyal rendelkező repülőorvos-szakértők és egészségügyi szakdolgozók neve:
6.	Szerződött kórház(ak)
7.	Szerződött egészségügyi intézmény(ek)
8.	Orvostechikai eszközök:
9.	Szervezeti dokumentációk és kézikönyvek:
10.	Megfelelőség ellenőrzési rendszer részletei:
11.	<p>A kérelmező nyilatkozata</p> <p>A fenti adatoknak megfelelően a 1178/2011/EU rendelet VII. melléklete (Part-ORA) ORA.GEN.115 és ORA.AeMC.115 pontja alapján kérem a hatóságot, hogy szervezetem számára Part-ORA szerinti Repülőorvosi Központ szervezeti bizonyítványt adjon ki, módosítsa a korábbi Repülőorvosi Központ szervezeti bizonyítványomat vagy hagyja jóvá a Repülőorvosi Központ szervezeti bizonyítványomban tervezett változtatást.</p> <p>Kijelentem, hogy az űrlapon megadott és a csatolt dokumentációban szereplő adatok a kérelem benyújtásának időpontjában megfelelnek a valóságnak és a kérelemben megnevezett valamennyi személy - a pozíciójának megfelelően - megfelel a vonatkozó követelményeknek.</p> <p>Tudomásul veszem, hogy nem teljeskörűen kitöltött kérelem vagy hiányosan csatolt dokumentumok esetén a hatóság hiánypótlási felszólítással bekéri a hiányos adatokat vagy dokumentumokat.</p> <p>A kérelem kitöltésekor ismertem és megértettem a Part-MED és Part-ORA és a kapcsolódó AMC/GM anyagok vonatkozó követelményeit és ennek megfelelően csatoltam a szükséges dokumentumokat a kérelemhez.</p> <p>Tudatában vagyok, hogy valótlan adatok közlése esetén a kérelem elutasításra kerülhet.</p> <p>Dátum:</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> Név Aláírás </p>
12.	Közlemény a hatóságnak:

Kitöltési útmutató

- 1.4, 1.5 A levelezési vagy számlázási címet csak akkor kell megadni, ha különbözik a székhelytől.
- 2.1 Módosítás esetén csak azokat a részeket kell kitölteni a kérelem űrlapon, amelyet érint a módosítás.
- 2.4 Kérjük, avizsgálati típust jelölje be.
5. Adja meg az összes teljesen képzett kijelölt vizsgáló repülőorvost, egészségügyi szakdolgozókat, valamint egyéb műszaki személyzetet és szakértőt a szervezet kézikönyvében elhelyezett listájának hivatkozását, amely minimum tartalmazza a neveket és képzettségeket.
- 6-7. Adja meg a szervezettel szerződéses viszonyban álló kórházak és egészségügyi intézmények a szervezet kézikönyvében szereplő listájának hivatkozását, amelynek legalább a következő adatokat kell tartalmaznia: hely, cím, leírások, felszereltség, méretek, kapacitás, elrendezés.
8. Adja meg az egészségügyi és orvosi eszközök kézikönyvekben elhelyezett listájának hivatkozását. A lista minimum tartalmazza az eszköz nevét, leírását, elhelyezését, mely vizsgálat során használja.
9. Sorolja fel a kérelmezett engedéllyel kapcsolatos kézikönyveket. Csatolja a kézikönyveket.
10. Adja meg a kézikönyv fejezetek hivatkozásait, ahol a megfelelőség ellenőrzési rendszer leírásra kerül.
11. A felelős vezetőnek kell aláírnia a megfelelő helyen.

3.12 PART-ORA Application form for AeMC organisation certificate first application or modification



MINISTRY OF CONSTRUCTION AND
TRANSPORT

**Part-ORA AeMC
organisation certificate application**

In accordance with Annex VII (Part-ORA) of
Regulation (EU) 1178/2011

1.	Organisation information	
1.1	Registered name:	
	Trade name (if different):	
1.2	Accountable manager:	
1.3	Principal place of business of the organisation:	
	Postal code:	Country, city:
	Street:	Number:
1.4	Mailing address:	
	Postal code:	Country, city:
	Street:	Number:
1.5	Invoicing address:	
	Invoicing name:	
	Postal code:	Country, city:
	Street:	Number:
1.6	Telephone number:	Email:
	Fax:	Home page:
1.7	Certificate number (in case of change):	
2.	Application for an AeMC certificate	
2.1	<input type="checkbox"/> initial <input type="checkbox"/> change (ref. no.: _____)	
2.2	In the event of a change, a brief description of the changes:	
2.3	The expected starting date stated in this application:	
2.4	Type of aero-medical examinations	
	<input type="checkbox"/> Class 1, Class 2, LAPL and Cabin crew	
	<input type="checkbox"/> Class 1, Class 2, LAPL, Class 3 and Cabin crew	
3.	Head of AeMC	
3.1	Name:	
	Place and date of birth:	
	Number of AME certificate:	
	Full-time or part-time:	
4.	Other senior persons in the organisation related to the application:	
	Safety Manager:	
	Name:	
	Place and date of birth:	
	Full-time or part-time:	
	Compliance monitoring manager:	
	Name:	
	Place and date of birth:	
	Full-time or part-time:	

5.	Name(s) of aero-medical examiners:
6.	Contracted hospital(s):
7.	Contracted medical institutions / Specialists:
8.	Medical and technical facilities:
9.	Documents and Manuals
10.	Details of the Compliance Monitoring System:
11.	<p>Declaration of the applicant</p> <p>In accordance with the information given above, pursuant to Annex VII of Regulation (EU) No 1178/2011, ORA.GEN.115 and ORA.AeMC.115, I ask the Authority to issue an Aeromedical Center organisation certificate, amending my previous Aeromedical Center organisation certificate or approving a planned change to my Aeromedical Center organisation certificate.</p> <p>I declare that the information provided on the form is correct at the time of submission of the application and all persons named in the application - according to their position - meet the relevant requirements.</p> <p>I understand that in the case of incompletely completed applications or incompletely attached documents, the authority requests incomplete data or documents with a deficiency notice.</p> <p>I hereby declare that I am aware of the Part-MED, Part-ORA and the relevant AMC/GM and I applied for certificate according to it.</p> <p>I am aware that if false information is provided, the application may be rejected.</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;"> </p> <p>Signature Date</p>
12.	Notice to the authority:

Completion instructions

- 1.4, 1.5 The postal or invoicing address shall be provided only if it is different from the registered office.
- 2.1 In the event of an amendment, only the parts that are affected by the change shall be filled in in the application form.
- 2.4 Please, tick the examination type.
5. Please, give the reference of the list of all qualified Aero-medical examiners (AME), medical staff and supporting specialist consultants including in the manual.
- 6-7. Please, give the reference of the contracted hospitals and clinical attachments to or liaison with designated hospitals or medical institutes for the purpose of specialist medical examinations including in the manual according to ORA.AeMC.215.
Please give the reference of the list of the hospitals and clinical attachments included in the manual, which should contain the following data at least: location, address, descriptions, equipments, dimensions, capacity, layout.
8. Please give the reference of the list of medical and technical facilities including in the manual, which should contain the following data at least: name of the medical and technical facilities, description, location, which examination used by.
9. Please, list the Manuals relevant to the AeMC application.
10. Please, give the reference of the Manual where the compliance monitoring system is described.
11. Must be signed by the accountable manager.