|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | **ЄВРОПЕЙСЬКИЙ РЕГІОНАЛЬНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЦЕНТР ІСАО З АВІАЦІЙНОЇ БЕЗПЕКИ**  **ІНСТИТУТ ІCАО** | |

Просп. Любомира Гузара, 1, м. Київ, 03058, Україна, **тел./факс** +38 (044) 406 72 19**, e-mail:** [eduicao@kai.edu.ua](mailto:eduicao@kai.edu.ua)

**http://**icao.nau.edu.ua

**ЗАЯВОЧНА ФОРМА НА НАВЧАННЯ (АВІАЦІЙНА БЕЗПЕКА)**

Навчання/тестування по курсу *\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ з\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ року

**ЧАСТИНА 1** (ПРОХАННЯ ЗАПОВНЮВАТИ В **Microsoft WORD**)

**(У випадку, якщо кандидат не один, заява заповнюється на керівника підрозділу зі списком групи, завіреним керівником).**

**\**обов’язково до заповнення***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **\*Прізвище** | **\*Ім’я** | | **\*По-батькові** |
|  |  | |  |
| **Фамилия** | **Имя** | | **Отчество** |
|  |  | |  |
| **\*Surname** | | **\*Name** | |
|  | |  | |

* **Авіаційна діяльність (відмітити правильне):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ⬜ САА (державний повноважний орган) | ⬜ Аеропорт | ⬜ Авіакомпанія | ⬜ Служба УПР |
| ⬜ Служба бортхарчування | ⬜ Вантажні/Поштові перевезення | ⬜ Суб’єкт авіаційної діяльності | ⬜ Навчальний заклад |
| ⬜ Наземне обслуговування | ⬜ Інструктор з АБ | ⬜ Консультант з АБ |  |

* **Робота в органах правопорядку або безпеки (відмітити правильне):**

⬜ Служба безпеки ⬜ Збройні сили ⬜ Правоохоронний орган

⬜ Інше: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Робота в сфері авіації:**

Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Посада **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Стаж роботи з авіаційної безпеки *\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***\*Всі поля необхідно заповнити!***

* **Проходження курсів підвищення кваліфікації за останні 5 років (1 – назва курсу,  2 – дата проходження, 3 - місце проведення, 4 - номер попереднього (актуального) сертифікату):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Назва курсу** | **Дата проходження** | **Місце проведення** | **Номер попереднього**  **(актуального) сертифікату** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Поштова адреса **(особиста)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Мобільний телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Підприємство** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свідоцтво про реєстрацію платника податку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Індивідуальний податковий номер підприємства №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПІБ керівника підприємства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Посада керівника підприємства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фізична адреса підприємства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридична адреса підприємства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Факс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактний номер бухгалтера**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Банківські реквізити:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кількість людей, бажаючих пройти навчання/тестування (при наявності групи, необхідно прикріпити список слухачів, завірений керівником) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заява кандидата**

Я (ПІБ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_зобов’язуюсь:

1. завжди дотримуватися норм професійної поведінки відповідно до статуту учасника даного заходу;
2. утримуватися від участі в політичній, комерційній та іншій діяльності, що може завдати шкоди країні перебування або Інституту ІСАО;
3. повністю бути присутнім на всіх заняттях, брати участь в групових дискусіях, вправах і виконувати домашні завдання.

**Даним я підтверджую, що:**

1. я можу писати і говорити мовою, якою буде проводитися курс;
2. вся надана мною інформація вірна.

**Дата заповнення** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Підпис (кандидата)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(У випадку, якщо кандидат не один, заява заповнюється на керівника підрозділу зі списком групи, завіреним керівником).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Прізвище Ім’я По-батькові** | **Name Surname** | **Посада**  **(Position)** | **Номер попереднього**  **(актуального) сертифікату** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |

***\*Всі поля необхідно заповнити!***

**ЧАСТИНА 2** (ПРОХАННЯ ЗАПОВНЮВАТИ В **Microsoft WORD**)

Організація: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пропонує:

(ПІБ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в якості кандидата на участь у вищевказаному навчальному курсі, що проводить Європейський регіональний навчальний центр ІСАО і засвідчує, що:

1. все, що міститься в даному поданні відомості можна перевірити запитом;
2. кандидат здоровий і готовий до проходження курсу. У разі необхідності вирішення всіх питань щодо лікування беремо на свою відповідальність;
3. кандидат відповідає всім попереднім умовам для участі в даному курсі і відноситься до наміченої «цільової» аудиторії курсу;
4. кандидат займає в даний час або буде призначений протягом найближчого часу на посаду, яка відповідає цілям даного навчального курсу;
5. кандидат вчасно прибуде до початку навчального заходу і зможе брати участь в ньому протягом всього періоду.

Підпис **(посадової особи)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПІБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Посада\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Місце для печатки***