

OŚWIADCZENIE- BADANIE OKOLICZNOŚCIOWE

Ja, niżej podpisany(-a)
niniejszym oświadczam, że w oparciu o znane mi przepisy Art.MED.A.020(a)(b), MED.A.025(a)(2), (b) i MED.A.035 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1178/2011 z dnia 3 listopada 2011 r. ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do załóg w lotnictwie cywilnym, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008 niniejszym oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o konsekwencjach związanych z przedstawieniem niepełnych, niedokładnych lub nieprawdziwych oświadczeń z zakresu wywiadu medycznego dotyczącego mojej osoby, a przystępując do badań w dniu dzisiejszym jestem wypoczęty(-a) i bez poczucia choroby.

Przyjąłem do wiadomości, że badania i konsultacje oraz wizyta u orzecznika lotniczego muszą się odbyć w terminie nieprzekraczającym 21 dni od dnia zgłoszenia się do badania. W przypadku przekroczenia tego terminu z mojej winy akceptuję zakończenie procesu orzeczniczego i otrzymanie negatywnego orzeczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medycyny Lotniczej LUX MED Sp. z o.o. i uprawnione do tego osoby w zakresie orzecznictwa lotniczo-lekarskiego. Podaję swe dane dobrowolnie, oraz jestem świadomy(-a) swoich praw wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

.....
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

.....
(data)