|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Başvuru Bilgileri** | | | | | |
| **Konusu:** | **Yabancı Bakım Kuruluşları ile İşbirliği (UED-2015/11)** | | | **SHGM Hizmet Standartları**  **Azami İşlem Süresi:** | 30 Gün |
| **Başvuruyu yapan:** |  | | |
| **Başvuru tarihi:** |  | **Başvuru sayısı:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **#** | **Konu** | Başvuru sahibi tarafından doldurulacaktır. | | |
| **Sunuldu** | | **Açıklama** |
| **E** | **H** |
| 1 | Talebi net şekilde içeren ve konu ile ilgili tüm süreci ilgi yazılara atıf yaparak açıklayan başvuru yazısı | **☐** | **☐** |  |
| 2 | Yetkili bir yabancı bakım kuruluşu ile yapılmış işbirliği anlaşması | **☐** | **☐** |  |
| 3 | Yabancı Bakım Kuruluşunun ticari unvanı, iletişim bilgileri | **☐** | **☐** |  |
| 4 | Yabancı Bakım Kuruluşunun Ülkemizde kullanacağı onay sertifikası | **☐** | **☐** |  |
| 5 | Yabancı Bakım Kuruluşunun Bakım Kuruluşu El Kitabı | **☐** | **☐** |  |
| 6 | Bakım yapılacak istasyon/istasyonların listesi | **☐** | **☐** |  |
| 7 | Yabancı Bakım Kuruluşunun ilgili istasyonlarda bakım yapabilmesine olanak sağlayan kendi havacılık otoritesinin onayı | **☐** | **☐** |  |
| 8 | İlgili istasyon/istasyonlarda SHY-CA bakım kuruluşunun SHY-33A yetkisinin bulunduğuna dair onay yazısı | **☐** | **☐** |  |
| 9 | Yapılacak bakımların seviyesi | **☐** | **☐** |  |
| 10 | Gerekli alet-ekipman listesi ve temin planı | **☐** | **☐** |  |
| 11 | İşbirliği kapsamında yabancı kuruluşun yetkisinin kullanılacağı istasyonlarda, ilgili yetkiye sahip bakım personelinin en az %50 oranında Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarından oluşturulmuş olduğunu gösteren personel bilgileri | **☐** | **☐** |  |
| 12 | Bahse konu personelin yabancı bakım kuruluşunun ilgili yetkisi kapsamında onaylayıcı personel olarak yetkilendirildiğine dair kayıtlar |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Başvuranın Taahhüdü:** | | |
| Yukarıda yer alan bilgilerin tam ve doğru olduğunu beyan ederiz. | | |
| Kuruluş Sorumlu Yöneticisi Adı Soyadı | İmza | Tarih |
|  |  |  |
| Kalite Müdürü Adı Soyadı | İmza | Tarih |
|  |  |  |