

EBT TR MP(A) Verlängerung / Erneuerung

Antrags- und Verlängerungsformular

Bitte füllen Sie die umrandeten Felder des Formulars aus und senden Sie es unterschrieben mitsamt den Beilagen an pilots@austrocontrol.at oder per Post an:

AUSTRO CONTROL GmbH, Luftfahrtagentur, Schnirchgasse 17, 1030 Wien, Österreich

1 Antragsteller

LIZENZNUMMER DES ANTRAGSTELLERS:

Titel Vorname Nachname

Straße Ort PLZ Land

Telefon E-Mail

Ort Datum Unterschrift des Antragstellers

2 Zusendung der Rechnung an / Übernahme der Kosten durch

den Antragsteller per E-Mail den Antragsteller per Post die Firma

Firma (Name/Adresse)

Unterschrift

3 EBT Modul 1 (mandatory)

Session 1 (mandatory) TRI/SFI Name TRI/SFI Lizenznummer

Location FSTD ID Code Datum Zeit

Session 2 (mandatory) TRI/SFI Name TRI/SFI Lizenznummer

Location FSTD ID Code Datum Zeit

4 EBT Modul 2 (mandatory)

Session 1 (mandatory) TRI/SFI Name TRI/SFI Lizenznummer

Location FSTD ID Code Datum Zeit

Session 2 (mandatory) TRI/SFI Name TRI/SFI Lizenznummer

Location FSTD ID Code Datum Zeit

EBT TR MP(A) Verlängerung / Erneuerung

Antrags- und Verlängerungsformular

LIZENZNUMMER DES ANTRAGSTELLERS:

5 EBT Modul 3

Session 1	TRI/SFI Name	TRI/SFI Lizenznummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Location	FSTD ID Code	Datum	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Session 2	TRI/SFI Name	TRI/SFI Lizenznummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Location	FSTD ID Code	Datum	Zeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Erklärung

AOC-Erklärung für die Verlängerung und Erneuerung im Rahmen des EBT-Programms für die Zwecke von AMC1 ARA.GEN.315(a) Punkt (d) und für die Zwecke von Punkt 1(a) der Anlage 10.

Ich bestätige das folgende:

- Der EBT-Manager ist im Besitz eines gültigen Prüferzertifikats für die in Anlage 10 ausgefüllte Musterberechtigung.
- Die Ausbilder, welche die Schulung des Bewerbers durchgeführt haben, wurden standardisiert.
- Der EBT operator hat in den letzten 3 Jahren mindestens einmal eine Überprüfung des Bewertungssystems durchgeführt.
- Die Integrität der Bewerberdaten ist gewährleistet.

7 Abschluss des EBT-Programms des Betreibers von:

Von (Datum)	Bis (Datum)	EBT Manager Name oder Stellvertreter
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lizenznummer	Examiner Zertifikat	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ort	Datum	Unterschrift des EBT Manager oder Stv.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>