Bu form, işletici/organizasyon tarafından SHGM’ye Alternatif Uyumluluk Yöntemi (AltMOC) önerisi sunulurken kullanılacaktır.

*This form is to be used by operator/organization for the submission of a proposal for an Alternative Means of Compliance to the DGCA.*

Bu form, işletici/organizasyon tarafından doldurulduktan sonra ilave tüm dokümanlarla birlikte Genel Müdürlüğe resmi yazı Ek’inde gönderilecektir.

*Once completed by the operator/organization, this form, and all supporting documentation, should be sent to the DGCA.*

|  |
| --- |
| **BİLDİRİMİ YAPAN İŞLETİCİ/ORGANİZASYON BİLGİLERİ *NOTIFYING OPERATOR/ORGANIZATION*** |
| 1. İşleticinin/Organizasyonun Adı/Unvanı:

*Operator/Organization Name* |  |
| 1. İrtibat Sağlanacak Kişinin İletişim Bilgileri:

*Focal Point Contact Details* |  |
| **ALTERNATİF UYUMLULUK YÖNTEMLERİ (AltMOC) *ALTERNATIVE MEANS OF COMPLIANCE (AltMOC)*** |
| 1. İlgili mevzuat *Regulatory reference*
 |  |
| 1. Konu *Subject*
 |  |
| 1. Mevzuat paragrafı/paragrafları *Rule paragraph(s)*
 |  |
| 1. EASA AMC *EASA AMC(s)*
 | Evet *Yes* [ ]  | Ref: … |
| Hayır *No* [ ]  |
| 1. AltMOC’nin Özeti *Summary of AltMOC*
 |  |
| 1. Ek bilgiler (varsa) *Additional information (if any)*
 |  |
| 1. Ek sayısı ve açıklamaları *Number and description of attachments*
 |  |
| **İŞLETİCİ/ORGANİZASYON: TARİH VE İMZA *OPERATOR/ORGANIZATION: DATE AND SIGNATURE*** |
| 1. Tarih *Date*:
 | İmza *Signature*: |
| **SHGM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** |
| 1. Bölüm/Birim *Section/Department*
 |  |
| 1. Tarih *Date*:
 | İmza *Signature*:İlgili Personel*Relevant Member* |
| 1. Tarih *Date*:
 | İmza *Signature*:İlgili Koordinatör*Relevant Coordinator* |
| 1. Tarih *Date*:
 | İmza *Signature*:İlgili Müdür*Relevant Director* |
| 1. Tarih *Date*:
 | İmza *Signature*:Uçuş Operasyon Daire Başkanı*Head of Flight Operations* |

**Form doldurma talimatları *Instructions for completion***

1. İşleticinin/Organizasyonun adını yazınız.

*State the name of the operator/Organization.*

1. Bu AltMOC ile ilgili soruların muhatabı olan kişinin adını ve işletici/organizasyon içerisindeki görevini belirtiniz. İrtibat sağlanacak kişiye ait en az bir e-posta adresi ve telefon numarası yazınız.

*State the name and position of the person in the operatör/organization to whom questions on this AltMOC should be addressed. Include at least the e-mail address and phone number of the Focal Point.*

1. AltMOC’nin ilgili olduğu mevzuatı belirtiniz (Ör. SHT-OPS, Ek-4).

*State the Regulation that the AltMOC refers to (e.g. Regulation (EU) 965/2012, Annex IV).*

1. AltMOC’nin ilgili olduğu konuyu kısaca özetleyiniz.

*Briefly outline the issue that the AltMOC intends to address.*

1. AltMOC’nin ilgili olduğu mevzuatın paragrafını/paragraflarını belirtiniz (Ör. CAT.IDE.A.325).

*State the paragraph(s) of the implementing rules to which the AltMOC refers to (e.g. CAT.IDE.A.325).*

1. Aynı konuda hâlihazırda bir EASA AMC olup olmadığını belirtiniz. Varsa referanslarını ekleyiniz (ör. AMC 1 CAT.IDE.A.325).

*State whether or not there is already an EASA AMC on the same issue. If yes, include the reference(s) (e.g. AMC 1 CAT.IDE.A.325).*

1. AltMOC’nin mevzuata uygunluğu nasıl sağlamayı önerdiğini özetle açıklayınız.

*Summarise the AltMOC, describing how it proposes to achieve compliance with the implementing rule.*

1. İlgili ek bilgiler veriniz.

*Give any additional relevant information.*

1. İlave edilen doküman sayısını belirtiniz ve her biri için kısa bir açıklama ekleyiniz (ör. işletici/organizasyon iç prosedürleri, çalışmalar/emniyet değerlendirmeleri).

*Indicate the number of documents attached and include a brief description of each of them (e.g. operatör/organisation’s internal procedures, studies/safety assessments).*

1. Formu, 2nci maddede belirtilen irtibat sağlanacak kişi imzalamalıdır.

*The form should be signed by the person who has been indicated as the Focal Point in 2.*

1. ila 15. belgeleri gönderen Bölüm/Birim bilgileri SHGM tarafından doldurulacaktır.

*to 15.*

*DGCA to complete the details of the submitting Section/Department Information.*