

 **Schulungsanmeldung – WBT - Luftsicherheit**

**Auftraggeber und Rechnungsadresse**

**falls abweichend:**

**Schulungsverpflichtendes Unternehmen:**

|  |
| --- |
| Klicken  |

|  |
| --- |
| Klicken  |

Firma:

Straße:

PLZ/Ort:

Firma:

Straße:

PLZ/Ort:

Zul.Nummer:

|  |
| --- |
| Klicken  |

|  |
| --- |
| Klicken  |

|  |
| --- |
| Klicken  |

|  |
| --- |
| Klicken  |

|  |
| --- |
| Klicken Wählen Sie ein Element aus.  |

|  |
| --- |
| Wählen Sie ein Element aus. |

**Schulungstyp wählen:**

Bitte senden Sie diese Anmeldung an: kontakt@fcmanagement.de

oder per Fax an: 0421 69 000 802

**Schulungsteilnehmer:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anrede** | **Vorname** | **Name** | **Geboren** | **ZÜP erteilt** | **ZÜP Ablauf** |
| Wählen | Klicken  | Klicken  | Klicken | Klicken | Klicken |
| Wählen | Klicken  | Klicken  | Klicken  | Klicken | Klicken |
| Wählen | Klicken  | Klicken  | Klicken | Klicken | Klicken |
| Wählen | Klicken  | Klicken  | Klicken | Klicken | Klicken |
| Wählen | Klicken  | Klicken  | Klicken | Klicken | Klicken |

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte(n) Person(en) die Schulung(en) in unseren Unternehmensräumlichkeiten absolvieren und während der Teilnahme an der/den Onlineschulung(en), und durch eine gem. §7 LuftSiG zuverlässigkeitsüberprüfte Person, einer stichprobenartigen und unvorhersehbaren Identitätsüberprüfung unterzogen werden. Die Beauftragung der identitätsüberprüfenden Person und die Identitätsüberprüfung wird dokumentiert. Eine entsprechende Vorlage, zur eigenen Verwendung und Aufbewahrung, wird Ihnen auf der zweiten Seite dieser Anmeldung zur Verfügung gestellt.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter: <https://fcmanagement.de/kontakt/datenschutzerklaerung/>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese auch gern per Email zu. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie unsere Datenschutzerklärung einwilligen, diese gelesen und verstanden haben.

**Unterschrift des Sicherheitsbeauftragten
oder dessen beauftragte Person (schulungsverpflichtendes Unternehmen):**

**Ort, Datum Unterschrift (Auftraggeber) falls abweichend**

Rev. 09-10.06.2020 – TN-Anmeldung zur Online-Schulung



**Identitätsprüfung Schulungsteilnehmer**

Die Schulungen können ausschließlich durch zugelassene Stellen (reglementierte Beauftragte, bekannte Versender, reglementierte Lieferanten, bekannten Lieferanten und behördlich zugelassene Transporteure) beantragt werden.

Die Schulungsteilnehmer müssen während der Schulung, gemäß dem Vermerk auf der ersten Seite, einer Identitätsprüfung unterzogen werden. Dieses Formular kann als dokumentarischer Nachweis genutzt werden.
Die Identitätsprüfung muss durch das schulungsverpflichtende Unternehmen veranlasst werden.
Die Identitätsprüfung muss dem Luftfahrt Bundesamt auf Verlangen vorgezeigt werden. Die identitätsüberprüfende Person muss über eine aktuelle Zuverlässigkeitsüberprüfung gem. §7 LuftSiG verfügen.

 Die Identitätsüberprüfung erfolgt durch die/den Luftsicherheitsbeauftragte(n) selbst: [ ]  Ja [ ]  Nein

 Wenn Ja, bitte vollständigen Namen des/der Luftsicherheitsbeauftragten eintragen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

 **Oder**

 Die/der Luftsicherheitsbeauftragte(r) hat eine Person zur Identitätsüberprüfung beauftragt.

 Bitte vollständigen Namen der beauftragten Person eintragen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Identitätsüberprüfung der Schulungsteilnehmer, während die Schulung absolviert wird.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name Teilnehmer: | Klicken | Klicken | Klicken | Klicken | Klicken |
| Überprüft durch: | Klicken | Klicken | Klicken | Klicken | Klicken |
| Datum / Uhrzeit | Klicken | Klicken | Klicken | Klicken | Klicken |
| Unterschrift |  |  |  |  |  |

Rev. 09-10.06.2020 – TN-Anmeldung zur Online-Schulung