**Resertificējamās personas iesniegums**

**Latvijas Māsu asociācijas**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(sertifikācijas komisijas nosaukums)

**sertifikācijas komisijai**

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(vārds, uzvārds, personas kods)

lūdzu izskatīt klātpievienotos dokumentus ārstniecības personas resertifikācijai

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( specialitātes nosaukums)

specialitātē.

Iesniegumam pievienoju sekojošus dokumentus (atzīmēt atbilstošo):

* resertifikācijas lapu (uz \_\_\_\_ lapas pusēm);
* profesionālās darbības pārskatu (uz \_\_\_\_ lapas pusēm);
* maksājumu apliecinoša dokumenta kopiju par sertifikācijas procesa apmaksu.

Apliecinu, ka esmu reģistrēta/s ārstniecības personu reģistrā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

profesijā (norādīt atbilstošo profesiju: māsa, vecmāte, zobu higiēnists, zobārstniecības māsa).

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts un paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Iesniegumu un dokumentus pieņēma un ar oriģināliem iepazinās:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Paraksts, paraksta atšifrējums)

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_