**Resertificējamās personas profesionālās darbības pārskats**

##### **Vārds, uzvārds**:

##### **Personas kods:**

**Specialitāte:**

**Pārskata periods** (no dd.mm.gggg. līdz dd.mm.gggg.) atbilstoši sertifikāta derīguma termiņam**:**

**Darbavieta:**

**Amats:**

|  |
| --- |
| **Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts1** (aizpilda sertificējamā persona) |
| *Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai* |

|  |
| --- |
| **Profesionālās darbības apraksts atbilstoši kompetencei specialitātē1** (pacientu aprūpes plānošanas jomā, aprūpes organizēšanā un realizēšanā, aprūpes darba vadīšanā, ārstniecības/diagnostikas jomā, pacientu izglītošanas jomā, profesionālās izglītības jomā) |
| *Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai* |

Resertificējamās ārstniecības personas paraksts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksta atšifrējums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu2:**

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Amats: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Darbavietas nosaukums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Skaidrojumi**

**1** – informāciju sniedz par visām ārstniecības iestādēm, kurās sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā persona strādā vai ir strādājusi.

2 - Apstiprina ārstniecības iestādes vadītājs.