**Sertifikācijas lapa**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Sertificējamās ārstniecības personas dati1:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Vārds (vārdi) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Uzvārds | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Personas kods | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.Deklarētās dzīvesvietas adrese: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Tālruņa numurs (numuri) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Elektroniskā pasta adrese: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto e-pasta adresi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | --- | |  | | |
| 8. Sertifikācija nepieciešama: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Informācija par darbavietu (vietām) pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.1. darbavieta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| amats: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| darba attiecības laika posmā no: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (datums) (datums) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9.2. darbavieta: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| amats: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| darba attiecības laika posmā no: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ līdz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (datums) (datums) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Valsts valodas prasme: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt2): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 11.2. neesmu citas personas aizgādnība | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 11.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 12. Datums (dd.mm.gggg) | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts3 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu4:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Sertificējamās ārstniecības personas kompetences raksturojums attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē (vajadzīgo atzīmēt un norādīt īsu pamatojumu): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kompetences jomas | Labi | | | Apmierinoši | | | | | | | | | | | | Neapmierinoši | | | | |
| Profesionālās zināšanas, prasmes un pieredze |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Komunikācijas prasmes un sadarbība |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Plānošanas un darba organizācijas prasmes |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Lēmumu pieņemšanas prasmes |  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Ieteikums: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Informācijas sniedzēja paraksts3 \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Zīmogs3:  Aizpilda sertifikācijas institūcija | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III. Priekšlikums attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu5:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg) | | | | | | | | | .. | | | | | | | | | | | |
| 19. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo): | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 19.1. kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg) | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | | | |
| 19.2. atteikt piešķirt ārstniecības personas sertifikātu sakarā ar to, ka sertificējamā ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena kārtošanas (norādīt pamatojumu) | | | | | | | | | | ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 19.3.uzdot novērst trūkumus (norādīt termiņu (dd.mm.gggg), līdz kuram trūkumi novēršami) | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | | |
| 20. Datums, kad informēta sertificējamā ārstniecības persona (dd.mm.gggg)6 | | | | | | | | | | .. | | | | | | | | | | |
| **IV. Informācija attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu7:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 21. Informācija par izskatīto jautājumu (atzīmēt vajadzīgo un norādīt): | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 21.1. atļauts kārtot sertifikācijas eksāmenu | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 21.2. pieņemts lēmums atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 21.3. datums (dd.mm.gggg)8 | | | | | | | | | | .. | | | | | | | | | | |
| 23. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 24. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā) | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | |
| **V. Priekšlikums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu5:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg) | | | | | | | | | | .. | | | | | | | | | | |
| 26. Priekšlikums (vajadzīgo atzīmēt un norādīt): | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 26.1. piešķirt ārstniecības personas sertifikātu: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26.1.1. sertifikācijas eksāmena 1.daļā pareizi atbildēto jautājumu skaits (procentuāli) | | | | | | | | | | | | | | % | | | | | | |
| 26.1.2. sertifikācijas eksāmena 2.daļā pārbaudītās praktiskās iemaņas (vajadzīgo atzīmēt): | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 26.1.2.1. atbilstošas | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26.1.2.2. neatbilstošas | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu (norādīt pamatojumu) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 26.3. anulēt sertifikācijas rezultātus | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 27. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 28. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg) | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | | |
| 29. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā) | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | | | |
| 30. Sertifikācijas komisijas sekretārs | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | | | |
| 31. Sertifikācijas komisijas locekļi | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **VI. Lēmums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu9:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg) | | | | | | | | | .. | | | | | | | | | | | |
| 33. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33.1. piešķirt ārstniecības personas sertifikātu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 34. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamajai ārstniecības personai (dd.mm.gggg) | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | | | |
| 35. Datums, kad sākas piešķirtā ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg) | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | | | |
| 36. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 37. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā) | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (paraksts un tā atšifrējums) | | | | | | | | | | | | |

Piezīmes.

1. 1Aizpilda ārstniecības persona.

2. 2Ja dokuments sagatavots papīra formā, ārstniecības persona ar parakstu apliecina katru uz viņu attiecināmo 11.1., 11.2. un 11.3.apakšpunktā norādīto informāciju. Ja dokuments tiek sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona par katru 11.1., 11.2. un 11.3.apakšpunktā minēto norāda šādu informāciju: „Apliecinu”, ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais atbilst, „Neapliecinu” – ja neatbilst.

3. 3Neaizpilda, ja dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

4. 4Aizpilda ārstniecības iestāde, kurā strādā ārstniecības persona, vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādā sertificējamā ārstniecības persona. Ja ārstniecības persona strādā vairākās ārstniecības iestādēs (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm.

5. 5Aizpilda sertifikācijas komisija.

6.6Aizpilda, ja sertifikācijas komisija atļauj sertificējamajai ārstniecības personai kārtot sertifikācijas eksāmenu vai uzdod novērst trūkumus.

7. 7Aizpilda sertifikācijas padome, ja saņemts sertifikācijas komisijas priekšlikums par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu sakarā ar to, ka sertificējamā ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena kārtošanas.

8. 8Aizpilda, ja sertifikācijas padome pieņēmusi lēmumu par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu.

9. 9Aizpilda sertifikācijas padome.