

## Sertificējamās personas profesionālās darbības pārskats

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_

Personas kods: \_\_\_\_\_

Specialitāte: Vecmāte

Apmācības periods no dd.mm.gggg. līdz dd.mm.gggg.

Darbavieta: \_\_\_\_\_

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

### Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts (aizpilda sertificējamā persona)

*Ierakstam paredzēto lauku paplašināt atbilstoši nepieciešamībai*

### Profesionālās darbības apraksts atbilstoši kompetencei specialitātē (pacientu aprūpes plānošanas jomā, aprūpes organizēšanā un realizēšanā, aprūpes darba vadīšanā, ārstniecības/diagnostikas jomā, pacientu izglītošanas jomā, profesionālās izglītības jomā)

*Ierakstam paredzēto lauku paplašināt atbilstoši nepieciešamībai*

Sertificējamās ārstniecības personas paraksts, paraksta atšifrējums: \_\_\_\_\_

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

### Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu<sup>1</sup>:

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_

Paraksts: \_\_\_\_\_

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

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

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

#### Skaidrojumi:

<sup>1</sup> – apstiprina darba devējs vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādājusi sertificējamā ārstniecības persona

