

Resertifikācijas lapa

I. Resertificējamās 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 elektroniskā pasta adresi	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Informācija par ārstniecības personas sertifikātu (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija):	
8.1. numurs	
8.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg)	
8.3. pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts	
vecmātes specialitātē	
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)	
9. Sertifikācija nepieciešama	
vecmātes specialitātē	
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
10. Gads, kad pirmo reizi izsniegts ārstniecības personas sertifikāts pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē	
11. Profesionālā darba pieredze pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā (informāciju sniedz par visām ārstniecības iestādēm, kurās ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā ārstniecības persona strādā vai ir strādājusi):	
11.1. Darbavieta:	
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)	
Amats: vecmāte	
darba attiecības laikposmā no līdz 	
(datums)	(datums)
11.2. Darbavieta:	
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)	
Amats:	
darba attiecības laikposmā no līdz 	
(datums)	(datums)

II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu⁵

16. Sertificējamās ārstniecības personas kompetences raksturojums attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē (atzīmēt vajadzīgo 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			

17. Ieteikums:

18. Informācijas sniedzēja paraksts⁴ _____

19. Zīmogs⁴

Aizpilda sertifikācijas institūcija

III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju ⁶	
20. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)	
21. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):	
21.1. resertificēt, piešķirot ārstniecības personas sertifikātu	
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
21.2. atteikt resertifikāciju (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg))	□□.□□.□□□□
21.3. profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē	□□□□
21.4. citu profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa	□□□□
21.5. profesionālās darbības pārskata novērtējums (vajadzīgo atzīmēt):	
21.5.1. atbilst kritērijiem	<input type="checkbox"/>
21.5.2. neatbilst kritērijiem	<input type="checkbox"/>
22. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs	□□□□

23. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)	□□.□□.□□□□
24. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks	
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā)	
	(vārds, uzvārds un paraksts)
25. Sertifikācijas komisijas sekretārs	
	(vārds, uzvārds un paraksts)
26. Sertifikācijas komisijas locekļi	
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)

IV. Lēmums attiecībā uz resertifikāciju⁷	
27. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg)	□□.□□.□□□□
28. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):	
28.1. resertificēt, piešķirot ārstniecības personas sertifikātu	
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
28.2. atteikt resertifikāciju	<input type="checkbox"/>
29. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg)	□□.□□.□□□□
30. Datums, kad sākas piešķirtā ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg)	□□.□□.□□□□
31. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs	□□□□
32. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks	
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā)	
	(vārds, uzvārds un paraksts)

Piezīmes.

¹ Aizpilda ārstniecības persona.

² Pievieno informāciju apliecināšu dokumentu kopijas, kas apliecinātas normatīvajos aktos par dokumentu izstrādāšanu un noformēšanu noteiktajā kārtībā, vai arī uzrāda šo dokumentu oriģinālus.

³ Ja dokuments sagatavots papīra formā, ārstniecības persona ar parakstu apliecina katru uz viņu attiecināmo 13.1., 13.2. un 13.3.apakšpunktā norādīto informāciju. Ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona 13.1., 13.2. un 13.3.apakšpunktā norāda informāciju "Apliecinu", ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais viņai atbilst, vai "Neapliecinu", ja neatbilst.

⁴ Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

⁵ Aizpilda ārstniecības iestāde, kurā strādā ārstniecības persona, vai pati ārstniecības persona, ja tā ir ārstniecības iestādes vadītājs vai īpašnieks. Ja ārstniecības persona strādā vairākās ārstniecības iestādēs (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm.

⁶ Aizpilda sertifikācijas komisija.

⁷ Aizpilda sertifikācijas padome.