

Sertifikācijas lapa

I. 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	<input type="checkbox"/>
8. Sertifikācija nepieciešama:	
vecmātes specialitātē	
(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: vecmāte	
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:	vecmātes kvalifikācija iegūta valsts valodā vai dzimtā
11. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt ²):	
11.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību	apliecinu
11.2. neesmu citas personas aizgādņība	apliecinu
11.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību	apliecinu
12. Datums (dd.mm.gggg)	
13. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts ³	

II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu⁴:

14. Certificējamās 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)	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
19. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):	
19.1. kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg))	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
19.2. atteikt piešķirt ārstniecības personas sertifikātu sakarā ar to, ka certificējamā ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena kārtošana (norādīt pamatojumu)	
19.3. uzdot novērst trūkumus (norādīt termiņu (dd.mm.gggg), līdz kuram trūkumi novēršami)	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20. Datums, kad informēta certificējamā ārstniecības persona (dd.mm.gggg) ⁶	<input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
IV. Informācija attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu⁷:	
21. Informācija par izskatīto jautājumu (atzīmēt vajadzīgo un	

norādīt):		
21.1. atļauts kārtot sertifikācijas eksāmenu		<input type="checkbox"/>
21.2. pieņemts lēmums atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu		<input type="checkbox"/>
21.3. datums (dd.mm.gggg) ⁸		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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):		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> %
26.1.2. sertifikācijas eksāmena 2.daļā pārbaudītās praktiskās iemaņas (vajadzīgo atzīmēt):		
26.1.2.1. atbilstošas		<input type="checkbox"/>
26.1.2.2. neatbilstošas		<input type="checkbox"/>
26.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu (norādīt pamatojumu)		
26.3. anulēt sertifikācijas rezultātus		<input type="checkbox"/>
27. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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:

- ¹Aizpilda ārstniecības persona.
- 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.
- ³Neaizpilda, ja dokuments ir sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.
- 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.
- ⁵Aizpilda sertifikācijas komisija.
- ⁶Aizpilda, ja sertifikācijas komisija atļauj sertificējamajai ārstniecības personai kārtot sertifikācijas eksāmenu vai uzdod novērst trūkumus.
- 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 kārošanas.
- ⁸Aizpilda, ja sertifikācijas padome pieņēmusi lēmumu par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu.
- ⁹Aizpilda sertifikācijas padome.