

*(Pielikums grozīts ar MK 12.09.2017. noteikumiem Nr. 553)*

## Resertifikācijas lapa

### I. Resertificējamās ārstniecības personas dati<sup>1</sup>

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 oficiālo elektronisko adresi

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

\_\_\_\_\_  
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)

9. Sertifikācija nepieciešama \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā no \_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_

(datums)

(datums)

11.2. darbavieta \_\_\_\_\_

(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats \_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā no \_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_

(datums)

(datums)

11.<sup>1</sup> Valsts valodas prasme \_\_\_\_\_

12. Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā<sup>2</sup>:

12.1. informācija par profesionālās kvalifikācijas formālās un neformālās tālākizglītības pasākumiem

Nr. p.k.	Izziņas numurs	Pasākuma organizators	Pasākuma nosaukums	Pasākuma norises datums(-i)	Stundu/ tālākizglītības punktu skaits
Kopā					

12.2. informācija par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā:

Nr. p.k.	Darbības veids	Laikposms	Tālākizglītības punktu skaits
Kopā			

13. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt<sup>3</sup>):

13.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību \_\_\_\_\_

13.2. neesmu citas personas aizgādnībā \_\_\_\_\_

13.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību \_\_\_\_\_

14. Datums (dd.mm.gggg) ..

15. Resertificējamās ārstniecības personas paraksts<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

## II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu<sup>5</sup>

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 paraksts<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

19. Zīmogs<sup>4</sup>

### III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju<sup>6</sup>

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
- 21.5.2. neatbilst kritērijiem
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)

#### **IV. Lēmums attiecībā uz resertifikāciju<sup>7</sup>**

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

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.

<sup>1</sup> Aizpilda ārstniecības persona.

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Aizpilda sertifikācijas komisija.

<sup>7</sup> Aizpilda sertifikācijas padome.