

(Pielikums grozīts ar MK 12.09.2017. noteikumiem Nr. 553; MK 09.06.2020. noteikumiem Nr. 377)

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 oficiālo elektronisko adresi

8. Sertifikācija nepieciešama _____

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes
nosaukums)

9. Informācija par darbavietu (vietām) pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē
vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē:

9.1. darbavieta _____

(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats _____

darba attiecības laikposmā no _____ līdz _____

(datums)

(datums)

9.2. darbavieta _____

(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats _____

darba attiecības laikposmā no _____ līdz _____

(datums)

(datums)

10. (Svītrots ar MK 12.09.2017. noteikumiem Nr. 553)

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 aizgādībā _____

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, 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			

15. Ieteikums _____

16. Informācijas sniedzēja paraksts³ _____

17. Zīmogs³

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 ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu 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 (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg)) ..

21.2. pieņemts lēmums atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu

21.3. datums (dd.mm.gggg) ..

22. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg)⁸ ..

23. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs

24. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks

(priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts)

V. Priekšlikums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu⁵

25. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg) ..

26. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt)

26.1. piešķirt ārstniecības personas sertifikātu _____

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, 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 (atzīmēt vajadzīgo):

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)

_____ (vārds, uzvārds un paraksts)

30. Sertifikācijas komisijas sekretārs

_____ (vārds, uzvārds un paraksts)

31. Sertifikācijas komisijas locekļi

_____ (vārds, uzvārds un paraksts)

_____ (vārds, uzvārds un paraksts)

_____ (vārds, uzvārds un paraksts)

_____ (vārds, uzvārds un paraksts)

_____ (vārds, uzvārds un paraksts)

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, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

33.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu

34. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai 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)

_____ (vārds, uzvārds un paraksts)

Piezīmes.

¹ Aizpilda ārstniecības persona.

² Ja 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 sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona 11.1., 11.2. un 11.3.apakšpunktā norāda informāciju "Apliecinu", ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais viņai atbilst, vai "Neapliecinu", ja neatbilst.

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

⁴ Aizpilda 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, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm.

⁵ Aizpilda sertifikācijas komisija.

⁶ Aizpilda, ja sertifikācijas komisija atļauj sertificējamai ārstniecības personai kārtot sertifikācijas eksāmenu vai uzdod novērst trūkumus.

⁷ Aizpilda 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 Aizpilda, ja sertifikācijas padome pieņemusi lēmumu par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu.

⁹ Aizpilda sertifikācijas padome.