3.pielikums

Ministru kabineta

2012.gada 18.decembra

noteikumiem Nr.943

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

**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 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) |

|  |
| --- |
| 11.1 Valsts valodas prasme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_12. Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā2: |
| 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 norādīt3):  |
| 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 paraksts4  |

|  |
| --- |
| **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  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju6** |  |
| 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 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 | ☐ |
| 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 apliecinošu 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.