

(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. Tālruna numurs (numuri) _____
6. Elektroniskā pasta adrese _____
7. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto oficiālo elektronisko adresi X
8. Informācija par ārstniecības personas sertifikātu (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija):
 - 8.1. numurs sertifikāta Nr _____
 - 8.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg) Līdz kuram derīgs □□.□□.□□□□
 - 8.3. pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts optometrista specialitātē
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)
9. Sertifikācija nepieciešama _____
optometrista specialitātē
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)
10. Gads, kad pirmo reizi izsniegts ārstniecības personas sertifikāts **Pirmā**
pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai sertifikāta
ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē izdošanas
gads □□□□
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 _____ kad sāktas darba attiecības līdz _____ kad beigtas, vai frāze "šim brīdim", ja darba attiecības turpinās _____
(datums) (datums)

!!! Jāuzrāda VISAS darba vietas sertifikāta derīguma laikā. Ja vienā un tajā pašā darba vietā ir strādāts vairākkārt (bijušas PĀRTRAUKTAS darba attiecības), tad par katru reizi norāda atsevišķu darba attiecību laika posmu.

11.2. darbavieta _____
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats _____

darba attiecības laikposmā no _____ līdz _____
(datums) (datums)

11.¹ Valsts valodas prasme _____ (Ja dzimtā, tad atstāj TUKŠU un neraksta NEKO)

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
	Numurs				TIP
Iegūtie sertifikāti par klausītām konferencēm, semināriem.					Kopā

12.2. informācija par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā:

Nr. p.k.	Darbības veids	Laikposms	Tālākizglītības punktu skaits
TIP par uzstāšanos konferencēs, plašsaziņas līdzekļos, publikācijām. Kopā			

TIP jānorāda balstoties uz MK Nr.943 5.pielikuma tabulā esošajiem norādījumiem.

13. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt³):

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

13.2. neesmu citas personas aizgādībā Jūsu paraksts

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

14. Datums (dd.mm.gggg) □□.□□.□□□□

15. Resertificējamās ārstniecības personas paraksts⁴ Jūsu paraksts

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	ĪSS apraksts	Vai citā ailē, atbilstoši kopetencei	
Komunikācijas prasmes un sadarbība	ĪSS apraksts		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	ĪSS apraksts		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	ĪSS apraksts		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	ĪSS apraksts		

17. Ieteikums **Lūdzu resertificēt xxx xxxx (vārds, uzvārds) optometrista specialitātē.** _____

18. Informācijas sniedzēja paraksts⁴ **PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS**

Aizpilda ārstniecības iestādes vadītājs, atbildīgais par ārstniecības personas kompetenci.

19. Zīmogs⁴ **ZĪMOGS**

!!! Ja strādā VAIRĀKĀS ārstniecības iestādēs, informācija nepieciešama NO VISĀM ārstniecības iestādēm. No visām ārstniecības iestādēm, kurās šobrīd ir spēkā darba attiecības.

!!! Ja strādā VAIRĀKĀS ārstniecības iestādēs, tabula nepieciešama NO VISĀM ārstniecības iestādēm. Katras darba vietas tabulu labāk uzrakstīt uz atsevišķas lapas. Ja viena darba vieta, tad tikai viena tabula un otra nav vajadzīga.

16. Certificējamās 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	ĪSS apraksts	Vai citā ailē, atbilstoši kopetencei	
Komunikācijas prasmes un sadarbība	ĪSS apraksts		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	ĪSS apraksts		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	ĪSS apraksts		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	ĪSS apraksts		

17. Ieteikums Lūdzu resertificēt xxx xxxx (vārds, uzvārds) optometrista specialitātē. _____

18. Informācijas sniedzēja paraksts⁴ PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS

Aizpilda ārstniecības iestādes vadītājs, atbildīgais par ārstniecības personas kompetenci.

19. Zīmogs⁴ ZĪMOGS

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 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.