**Sertificējamās personas iesniegums Latvijas Ārstniecības Personu Profesionālo Organizāciju Savienības**

**Optometristu sertifikācijas komisijai**

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(vārds, uzvārds, personas kods)

lūdzu izskatīt klātpievienotos dokumentus ārstniecības personas sertifikāta iegūšanai

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Iesniegumam pievienoju sekojošus dokumentus (atzīmēt atbilstošo):

* sertifikācijas lapu (uz \_\_\_\_ lapas pusēm);
* profesionālās darbības pārskatu (uz \_\_\_\_ lapas pusēm);
* izglītības dokumenta ( diploma) kopiju par iegūto izglītību specialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē, ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē;
* dokumenta kopiju, kas apliecina valsts valodas prasmi1
* maksājumu apliecinoša dokumenta kopiju par sertifikācijas procesa apmaksu;
* citi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Apliecinu, ka esmu reģistrēts/-a Latvijas Ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā.

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts un paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iesniegumu un dokumentus pieņēma un ar oriģināliem iepazinās:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(paraksts un paraksta atšifrējums)

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Skaidrojumi:

Kopijas iesniedzamas uzrādot oriģinālu

1 - ja to nosaka Valsts valodas likuma prasības;