2.pielikums

Ministru kabineta

2012.gada 18.decembra

noteikumiem Nr.943

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

**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 aizgādnībā | | | | |  | |
| 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 | | | ☐ | |
| 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 pieņēmusi lēmumu par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu.

9 Aizpilda sertifikācijas padome.