

(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 **X**
norādīto oficiālo elektronisko adresi
8. Sertifikācija nepieciešama **optometrista specialitātē** _____

(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 **kad sāktas darba attiecības** līdz **kad beigtas, vai**
frāze "šim brīdim", ja darba attiecības turpinās _____
(datums) (datums)

- 9.2. 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)

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 **Jūsu paraksts** _____
11.2. neesmu citas personas aizgādņībā **Jūsu paraksts** _____
11.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu
krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot
tiesības nodarboties ar ārstniecību **Jūsu paraksts** _____

12. Datums (dd.mm.gggg) □□.□□.□□□□

13. Certificējamās ārstniecības personas paraksts³ Jūsu paraksts

II. Informācija par certificējamo ārstniecības personu⁴

14. 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 kompetencei	
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		

15. Ieteikums Ļaut kārtot xxx xxxx (vārds, uzvārds) sertifikācijas eksāmenu optometrista specialitātē.

16. Informācijas sniedzēja paraksts³ **PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS**

Darba devēja vai ārstniecības personas, kuras vadībā vai uzraudzībā strādā.

17. Zīmogs³ **ZĪMOGS**

Darba devēja vai ārstniecības personas, kuras vadībā vai uzraudzībā strādā certificējamā ārstniecības persona

!!! Ja strādā VAIRĀKĀS ārstniecības iestādēs, informācija nepieciešama NO VISĀM ārstniecības iestādēm.

!!! Katrai iestādei SAVA tabula un ieteikums sertifikācijas eksāmenam. Var tabulas izdrukāt uz atsevišķām lapām!!!

JA STRĀDĀ VAIRĀKĀS ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒS, TAD KATRAI DARBA VIETAI SAVA TABULA!!! Ja ir viena darba vieta, tad tikai viena tabula.

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	ĪSS apraksts	Vai citā ailē, atbilstoši kompetencei	
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		

15. Ieteikums Ļaut kārtot xxx xxxx (vārds, uzvārds) sertifikācijas eksāmenu optometrista specialitātē.

16. Informācijas sniedzēja paraksts³ PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS

Darba devēja vai ārstniecības personas, kuras vadībā vai uzraudzībā strādā.

17. Zīmogs³ ZĪMOGS

Darba devēja vai ārstniecības personas, kuras vadībā vai uzraudzībā strādā sertificējamā ārstniecības persona

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 kārtošana.

⁸ Aizpilda, ja sertifikācijas padome pieņēmusi lēmumu par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu.

⁹ Aizpilda sertifikācijas padome.