

## Sertificējamās personas profesionālās darbības pārskats

Vārds, Uzvārds:

Profesionālā kvalifikācija: optometrista kvalifikācija, dabaszinātņu maģistra grāds optometrijā

Pārskata periods: Datums no profesionālā diploma iegūšanas dienas vai prakses sākšanas dienas, ja prakse sākta vēlāk nekā iegūts diploms. Līdz laikam, kad prakse ārstniecības personas uzraudzībā beigta.

Darba vieta:

Ārstniecības persona/as, kura/as vadīja vai uzraudzīja darbu pārskata periodā:

Māra Kviese (ārstniecības persona, kas bija atbildīga par praksi)

Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts <sup>1</sup>

**AIZPILDA PATI ĀRSTNIECĪBAS PERSONA.**

**Īsi** apraksta darba apjomu ( cik dienas strādā, cik vizītes dienā, kādas darbības un pienākumus veic, kādas vecuma grupas pacientus apskata, cik rūpīgi strādā).

Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai

Sertificējamās personas paraksts:

Paraksta atšifrējums:

Datums: **23.08.2021.** (sākumā paraksta sertificējamā persona)

**Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu<sup>2</sup>:**

Vārds, Uzvārds:

Amats:

Paraksts:

Datums: **24.08.2021.** (pēc tam tikai darba devējs vai prakses vadītājs)

Darba vietas nosaukums:

<sup>1</sup> Aizpilda sertificējamā persona

<sup>2</sup> Apstiprina darba devējs vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādājusi sertificējamā ārstniecības persona

!!! Ja profesionālās darbības pārskats aizņem 2 lpp, tad nepieciešams prakses vadītāja paraksts un atšifrējums uz abām lpp.