

## Resertifikācijas lapa

### I. Resertificējamās ārstniecības personas dati<sup>1</sup>

1. Vārds (vārdi)

---

---

2. Uzvārds

---

---

3. Personas kods

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4. Deklarētās dzīvesvietas adrese

---

---

5. Oficiālā elektroniskā adrese vai elektroniskā pasta adrese

---

---

6. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto:

(atzīmējiet atbilstoši ar "X", kvadrāta vietā var ierakstīt "X")

oficiālo elektronisko adresi

elektroniskā pasta adresi

7. Informācija par sertifikātu (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija):

7.1. numurs \_\_\_\_\_ **sertifikāta Nr** \_\_\_\_\_

7.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg.) \_\_\_\_\_ **Līdz kuram datumam derīgs sertifikāts** \_\_\_\_\_

7.3. pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)

**optometrista specialitāte**

---

8. Sertifikācija nepieciešama (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

**optometrista specialitātē**

9. Gads, kad pirmo reizi izsniegts sertifikāts pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē \_\_\_\_ **Šis NAV profesionālā maģistra diploma saņemšanas gads, bet PIRMĀ profesionālā sertifikāta saņemšanas gads. Ja esošais sertifikāts Jums jau ir otrais, tad šeit jānorāda PIRMĀ saņemtā sertifikāta gads, kas visdrīzākais būs aptuveni 10 gadi atpakaļ.** \_\_\_\_\_

10. Profesionālā darba pieredze pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē sertifikāta derīguma termiņa laikā (informāciju sniedz par visām ārstniecības iestādēm, kurās sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā ārstniecības persona strādā vai ir strādājusi):

10.1. darbavieta (ārstniecības iestādes, struktūrvienības nosaukums un ārstniecības iestādes reģistrācijas numurs)

**Nosaukums un reģistrācijas numurs**

amats \_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā

no **\_kad sāktas darba attiecības\_ (datums)** līdz **\_kad beigtas, vai frāze“šim brīdim”, ja darba attiecības turpinās\_\_ (datums)**

10.2. darbavieta (ārstniecības iestādes, struktūrvienības nosaukums un ārstniecības iestādes reģistrācijas numurs)

**Nosaukums un reģistrācijas numurs**

amats \_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā

no **\_kad sāktas darba attiecības\_ (datums)** līdz **\_kad beigtas, vai frāze“šim brīdim”, ja darba attiecības turpinās\_\_ (datums)**

**!!! Jānorāda visas darba vietas sertifikāta derīguma termiņa laikā (arī tās, kurās darba attiecības ir pārtrauktas). Nepieciešamības gadījumā jāiekopē papildus ailītes tā, lai informācija tiktu sniegta par visām darba vietām.**

10.3. darbavieta (ārstniecības iestādes, struktūrvienības nosaukums un ārstniecības iestādes reģistrācijas numurs)

**Nosaukums un reģistrācijas numurs**

amats \_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā

no \_kad sāktas darba attiecības\_ (datums) līdz \_kad beigtas, vai frāze “šim brīdim”, ja darba attiecības turpinās\_\_ (datums)

11. Valsts valodas prasme \_\_\_\_\_ Ja latviešu valoda ir dzimtā valoda, tad ieraksta “DZIMTĀ”. Ja nav dzimtā valoda, tad atstāj TUKŠU un neraksta NEKO.

12. Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem sertifikāta derīguma termiņa laikā<sup>2</sup>:

12.1. informācija par profesionālās kvalifikācijas formālās izglītības un tālākizglītības pasākumiem

Nr. p. k.	Izziņas numurs	Pasākuma organizators	Pasākuma nosaukums	Pasākuma norises datums(-i)	Stundu/ tālākizglītības punktu skaits
	<b>Numurs</b>				<b>TIP</b>
<b>Iegūtie sertifikāti par klausītām konferencēm, semināriem.</b>				<b>Kopā:</b>	

12.2. informācija par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā

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

**TIP jānorāda balstoties uz MK Nr. 391 4. pielikuma tabulā esošajiem norādījumiem.**

13. Apliecinu<sup>3</sup>, ka: **(atzīmējiet atbilstošo ar “X”)**

man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību

neesmu citas personas aizgādnībā

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

14. Datums (dd.mm.gggg.) \_\_\_ datums, kad tiek atzīmēts 13. punktā prasītais \_\_\_

15. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts<sup>4</sup> \_\_\_ Jūsu paraksts \_\_\_

## II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu<sup>5</sup>

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, daži vārdi.	Vai citā ailē atbilstoši kompetencei.	
Komunikācijas prasmes un sadarbība	Īss apraksts, daži vārdi.		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	Īss apraksts, daži vārdi.		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	Īss apraksts, daži vārdi.		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	Īss apraksts, daži vārdi.		

17. Ieteikums **Lūdzu resertificēt Xxxxxx Xxxxxx (vārds, uzvārds) optometrista specialitātē.**

---

---

---

---

---

---

---

18. Informācijas sniedzēja paraksts<sup>4</sup> **\_\_\_\_PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS\_\_\_\_**

**Aizpilda ārstniecības iestādes vadītājs, atbildīgais par ārstniecības perosnas kompetenci.**

19. Zīmogs<sup>4</sup> **ZĪMOGS**

**!!! Ja strādā VAIRĀKĀS ārstniecības iestādēs, informācija nepieciešama NO VISĀM ārstniecības, kurās ŠOBRĪD IR SPĒKĀ darba attiecības.**

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

## II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu<sup>5</sup>

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, daži vārdi.	Vai citā ailē atbilstoši kompetencei.	
Komunikācijas prasmes un sadarbība	Īss apraksts, daži vārdi.		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	Īss apraksts, daži vārdi.		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	Īss apraksts, daži vārdi.		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	Īss apraksts, daži vārdi.		

17. Ieteikums Lūdzu resertificēt Xxxxxx Xxxxxx (vārds, uzvārds) optometrista specialitātē.

---

---

---

---

---

---

---

18. Informācijas sniedzēja paraksts<sup>4</sup> \_\_\_\_PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS\_\_\_\_

Aizpilda ārstniecības iestādes vadītājs, atbildīgais par ārstniecības personas kompetenci.

19. Zīmogs<sup>4</sup> ZĪMOGS

### III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju<sup>6</sup>

20. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg.) \_\_\_\_\_

21. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):

21.1. resertificēt, piešķirot 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):

atbilst kritērijiem

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 resertifikāciju<sup>7</sup>**

27. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg.) \_\_\_\_\_

28. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

resertificēt, piešķirot sertifikātu (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

\_\_\_\_\_

atteikt resertifikāciju

29. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai

(dd.mm.gggg.) \_\_\_\_\_

30. Datums, kad sākas piešķirtā 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.

<sup>1</sup> Aizpilda ārstniecības persona.

<sup>2</sup> Pievieno informāciju apliecināšu dokumentu kopijas, kas apliecinātas normatīvajos aktos par dokumentu izstrādāšanu un noformēšanu noteiktajā kārtībā, vai arī uzrāda šo dokumentu oriģinālus.

<sup>3</sup> Ārstniecības persona atzīmē 13. punktā norādīto informāciju, kas uz viņu attiecas.

<sup>4</sup> Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Aizpilda sertifikācijas komisija.

<sup>7</sup> Aizpilda sertifikācijas padome.