3. pielikums  
Ministru kabineta  
2024. gada 18. jūnija  
noteikumiem Nr. 391

**Resertifikācijas lapa**

**I. Resertificējamās ārstniecības personas dati**1

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:

□ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

9. Gads, kad pirmo reizi izsniegts sertifikāts pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)

|  |
| --- |
|  |

amats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā

no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datums) līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(datums)

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

|  |
| --- |
|  |

amats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā

no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datums) līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(datums)

11. Valsts valodas prasme \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem sertifikāta derīguma termiņa laikā2:

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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Kopā: | | | | |  |

12.2. informācija par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr. p. k. | Darbības veids | Laikposms | Tālākizglītības punktu skaits |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Kopā | | |  |

13.  Apliecinu3, ka:

□ 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.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts4  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu5**

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 |  |  |  |
| Komunikācijas prasmes un sadarbība |  |  |  |
| Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana |  |  |  |
| Plānošanas un darba organizācijas prasmes |  |  |  |
| Lēmumu pieņemšanas prasmes |  |  |  |

17. Ieteikums

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

18. Informācijas sniedzēja paraksts4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Zīmogs4

**III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju**6

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**7

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.

1 Aizpilda ārstniecības persona.

2 Pievieno informāciju apliecinošu dokumentu kopijas, kas apliecinātas normatīvajos aktos par dokumentu izstrādāšanu un noformēšanu noteiktajā kārtībā, vai arī uzrāda šo dokumentu oriģinālus.

3 Ārstniecības persona atzīmē 13. punktā norādīto informāciju, kas uz viņu attiecas.

4 Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

5 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.

6 Aizpilda sertifikācijas komisija.

7 Aizpilda sertifikācijas padome.