

Sertifikācijas lapa

I. Sertificējamās ārstniecības personas dati¹

1. Vārds (vārdi)

2. Uzvārds

3. Personas kods

_____ - _____

4. Deklarētās dzīvesvietas adrese

5. Oficiālā elektroniskā adrese un/vai elektroniskā pasta adrese

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

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

oficiālo elektronisko adresi

elektroniskā pasta adresi

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

optometrista specialitātē

8. Informācija par darbavietu (vietām) pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē:

8.1. 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)

8.2. 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)

!!! Ja tiek strādāts trīs un vairāk darba vietās, tad jāiekopē papildus ailītes tā, lai informācija tiktu sniegta par visām darba vietām.

8.3. 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)

9. Apliecinu², ka: **(atzīmējiet atbilstošo ar "X")**

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

neesmu citas personas aizgādībā

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

10. Datums (dd. mm. gggg.) **__datums, kad tiek atzīmēts 9. punktā prasītais** _____

11. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts³ **__Jūsu paraksts** _____

II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu⁴

12. 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.		

13. Ieteikums **Laut kārtot Xxxx Xxxxxx (vārds, uzvārds) sertifikācijas eksāmenu optometrista specialitātē.**

14. Informācijas sniedzēja paraksts³ _____ **PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS**

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

15. Zīmogs³ **ZĪMOGS**

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

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

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

!!! JA STRĀDĀ VAIRĀKĀS ĀRSTNICĪBAS IESTĀDĒS, TAD KATRAI DARBA

VIETAI SAVA TABULA. Ja ir viena darba vieta, tad tikai viena tabula.

II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu⁴

12. 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		

13. Ieteikums ļaut kārtot xxx xxxx (vārds, uzvārds) sertifikācijas eksāmenu optometrista specialitātē.

14. Informācijas sniedzēja paraksts³ _____ PARAKSTS un ATŠIFRĒJUMS

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

15. Zīmogs³ ZĪMOGS

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

III. Priekšlikums attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu⁵

16. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg.) _____

17. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):

kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu) (dd. mm. gggg.) _____

atteikt sertifikāta piešķiršanu sakarā ar to, ka sertificējamā ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena kārtošanas (norādīt pamatojumu)

uzdot novērst trūkumus (norādīt termiņu, līdz kuram trūkumi novēršami) (dd. mm. gggg.) _____

18. Datums, kad informēta sertificējamā ārstniecības persona⁶

(dd.mm.gggg.) _____

IV. Informācija attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu⁷

19. Informācija par izskatīto jautājumu (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

atļauts kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu) (dd. mm. gggg.) _____

pieņemts lēmums atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu (dd. mm. gggg.) _____

20. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai⁸

(dd. mm. gggg.) _____

21. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs _____

22. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts) _____

V. Priekšlikums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu⁵

23. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd. mm. gggg.) _____

24. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

24.1. piešķirt sertifikātu (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

24.1.1. sertifikācijas eksāmena 1. daļā pareizi atbildēto jautājumu skaits (procentuāli) _____ %

24.1.2. sertifikācijas eksāmena 2. daļā pārbaudītās praktiskās iemaņas (atzīmēt vajadzīgo):

atbilstošas

neatbilstošas

24.2. atteikt sertifikāta piešķiršanu (norādīt pamatojumu)

25. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs _____

26. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd. mm. gggg.) _____

27. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts) _____

28. Sertifikācijas komisijas sekretārs

(vārds, uzvārds un paraksts) _____

29. 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

30. Lēmuma pieņemšanas datums (dd. mm. gggg.) _____

31. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

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

atteikt sertifikāta piešķiršanu

32. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai

(dd. mm. gggg.) _____

33. Datums, kad sākas piešķirtā sertifikāta derīguma termiņš

(dd. mm. gggg.) _____

34. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs _____

35. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts) _____

Piezīmes.

¹ Aizpilda ārstniecības persona.

² Ārstniecības persona atzīmē 9. punktā norādīto informāciju, kas uz viņu attiecas.

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, vai mācību prakses vadītājs. 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.