

3. pielikums
Ministru kabineta
2025. gada 25. novembra
noteikumiem Nr. 703

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

Resertifikācijas lapa

I. Resertificējamās ārstniecības personas dati¹

1.	Vārds (vārdi)	
2.	Uzvārds	
3.	Personas kods	
4.	Ārstniecības personas identifikatora numurs	(Veselības inspekcijas reģistrā)
5.	Deklarētās dzīvesvietas adrese	
6.	Tālruņa numurs (numuri)	
7.	Oficiālā elektroniskā adrese vai elektroniskā pasta adrese	
8.	Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto:	☐ oficiālo elektronisko adresi (Lavija.gov.lv) ☐ elektroniskā pasta adresi (gmail, inbox, ...) (Lūgums atzīmēt atbilstošo ar "X")
9.	Informācija par sertifikātu (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija):	
9.1.	numurs	Sertifikāta Nr.
9.2.	derīguma termiņš (dd.mm.gggg.)	Līdz kuram datumam derīgs sertifikāts.
9.3.	pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)	Optometrista specialitātē
10.	Sertifikācija nepieciešama (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	Optometrista specialitātē
11.	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):	
11.1.	darbavieta (ārstniecības iestādes, struktūrvienības nosaukums un ārstniecības iestādes reģistrācijas numurs) amats darba attiecības laikposmā no (datums) līdz (datums)	1) Nosaukums. 2) Ārstniecības iestādes reģistrācijas numurs. (Atrodams Veselības inspekcijas reģistrā pie ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu darba vietām. Nospiežot uz savas darba vietas, tiek atvērta informācija par darba vietu. Lūgums šeit norādīt darba vietas kodu.

		3) no <u>kad sāktas darba attiecības</u> (datums) līdz <u>kad beigtas, vai frāze "šim brīdim"</u> , ja darba attiecības turpinās (datums)				
11.2.	darbavieta (ārstniecības iestādes, struktūrvienības nosaukums un ārstniecības iestādes reģistrācijas numurs) amats darba attiecības laikposmā no (datums) līdz (datums)		!!! Ja tiek strādāts trīs un vairāk darba vietās, tad jāiekopē papildus ailītes tā, lai informācija tiktu sniegta par visām darba vietām sertifikāta derīguma laikā.			
12.	Valsts valodas prasme (šo noteikumu 46.4. apakšpunkts, 47. ¹ punkts)		Ja latviešu valoda ir dzimtā valoda, tad ieraksta "Dzimtā", ja nav dzimtā valoda, tad atstāj TUKŠU un NEKO neraksta.			
13.	Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem sertifikāta derīguma termiņa laikā ² :					
13.1.	ir iepriekšējā perioda tālākizglītības pasākumi, kas ņemami vērā šajā resertifikācijas periodā:		☐ jā (Atzīmē ar "X", ja ir iesniegti tālākizglītības punkti, kas iegūti jau 3 mēnešus pirms esošā sertifikāta stāšanās spēkā ("pārejas periodā").) ☐ nē (Atzīmē ar "X", ja iesniegtie tālāk izglītības punkti ir iegūti precīzi esošā sertifikāta derīguma termiņa laikā.)			
13.2.	informācija par tālākizglītības pasākumiem specialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija:					
	Nr. p. k.	Izziņas numurs	Pasākuma organizators	Pasākuma nosaukums	Pasākuma norises datums(-i)	Stundu/tālākizglītības punktu skaits
		Numurs				TIP
	Iegūtie sertifikāti par klausītām konferencēm, semināriem. Kopā					
13.3.	informācija par pārējiem tālākizglītības punktiem:					
	Nr. p. k.	Darbības veids		Laikposms	Tālākizglītības punktu skaits	
					TIP	
	TIP par uzstāšanos konferencēs, plašsaziņas līdzekļos, publikācijām. Kopā					
	!!! TIP jānorāda balstoties uz MK Nr. 391 4. pielikuma tabulā esošajiem norādījumiem.					
14.	Apliecinu ³ , ka:		☐ 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 (Lūgums atzīmēt atbilstošo ar "X")			
15.	Datums ⁴ (dd.mm.gggg.)		Datums			
16.	Resertificējamās ārstniecības personas paraksts ⁴		Paraksts			

Piezīmes.

¹ Aizpilda ārstniecības persona.

² Pievieno informāciju apliecināšu dokumentu kopijas, kas apliecinātas atbilstoši normatīvajiem aktiem par dokumentu izstrādāšanu un noformēšanu, vai arī uzrāda šo dokumentu oriģinālus.

³ Ārstniecības persona atzīmē šā pielikuma 14. punktā minēto informāciju, kas uz viņu attiecas.

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

II. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju⁵

17.	Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg.)	
18.	Priekšlikums (<i>atzīmēt vajadzīgo</i>):	
18.1.	resertificēt, piešķirot sertifikātu (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
18.2.	atteikt resertifikāciju (<i>norādīt sertifikācijas eksāmena datumu</i> (dd.mm.gggg.))	
18.3.	profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija	
18.4.	citu profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa	
18.5.	profesionālās darbības pārskata novērtējums (<i>atzīmēt vajadzīgo</i>):	☐ atbilst kritērijiem ☐ neatbilst kritērijiem
19.	Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs	
20.	Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg.)	
21.	Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā) (vārds, uzvārds un paraksts) ⁶	
22.	Sertifikācijas komisijas sekretārs (vārds, uzvārds un paraksts) ⁶	
23.	Sertifikācijas komisijas locekļi:	
	(vārds, uzvārds un paraksts) ⁶	
	(vārds, uzvārds un paraksts) ⁶	
	(vārds, uzvārds un paraksts) ⁶	
	(vārds, uzvārds un paraksts) ⁶	
	(vārds, uzvārds un paraksts) ⁶	

Piezīmes.

⁵ Aizpilda sertifikācijas komisija.

⁶ Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

III. Lēmums attiecībā uz resertifikāciju⁷

24.	Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg.)	
25.	Pieņemts lēmums (<i>atzīmēt vajadzīgo un norādīt</i>):	
25.1.	resertificēt, piešķirot sertifikātu (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
25.2.	atteikt resertifikāciju	
26.	Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg.)	
27.	Datums, kad sākas piešķirtā sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg.)	
28.	Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs	
29.	Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā) (vārds, uzvārds un paraksts) ⁸	

Piezīmes.

⁷ Aizpilda sertifikācijas padome.

⁸ Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu."