

Resertificējamās personas iesniegums Latvijas Ārstniecības Personu Profesionālo Organizāciju Savienības

Optometristu sertifikācijas komisijai

Es, ____ **Vārds Uzvārds, p.k. 010199-11111, (46767446732)**_____,
(vārds, uzvārds, personas kods, ārstniecības personas/ ārstniecības atbalsta personas
identifikators)

lūdzu izskatīt klātpievienotos dokumentus ārstniecības personas sertifikāta iegūšanai

_____**optometrista specialitātē**_____
(specialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes, ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes
nosaukums)

Iesniegumam pievienoju sekojošus dokumentus (atzīmēt atbilstošo):

- resertifikācijas lapu (uz __**X**__ lapas pusēm); **lapaspušu skaits BEZ iesnieguma veidlapas un BEZ profesionālās darbības pārskata veidlapas. Var ierakstīt ar roku dokumentu iesniegšanas dienā.**
- profesionālās darbības pārskatu (uz __**X**__ lapas pusēm); **Var ierakstīt ar roku dokumentu iesniegšanas dienā.**
- izglītības dokumenta kopijas par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem;
- dokumenta kopiju, kas apliecina valsts valodas prasmi¹
- maksājumu apliecināja dokumenta kopiju par resertifikācijas procesa apmaksu;
- citi _____ **(laulības apliecības kopija uzvārda maiņas gadījumā)** _____

Apliecinu, ka esmu reģistrēts/-a Latvijas ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā ____**optometrista**__profesijā.

Datums ____ **(Datums, kad tiek iesniegti dokumenti komisijai.)** ____
Var uzrakstīt ar roku iesniegšanas dienā)

Paraksts un paraksta atšifrējums _____ **Paraksts** ____ **/atšifrējums/** _____

Iesniegumu un dokumentus pieņēma un ar oriģināliem iepazīnās:

_____**Šis Jums NAV jāaizpilda**_____
(paraksts un paraksta atšifrējums)

Datums ____ **Šis Jums NAV jāaizpilda** _____

Skaidrojumi:

Kopijas iesniedzamas uzrādot oriģinālu

¹ - ja to nosaka Valsts valodas likuma prasības;