

Sertificējamās personas profesionālās darbības pārskats

Vārds, Uzvārds: **Vārds Uzvārds**

Ārstniecības personas/ ārstniecības atbalsta personas identifikators: **3713714332**

Profesionālā kvalifikācija: **optometrista kvalifikācija, dabaszinātņu maģistra grāds optometrijā**

Pārskata periods: **Datums no profesionālā diploma iegūšanas dienas vai prakses sākšanas dienas, ja prakse sāka vēlāk nekā iegūts diploms. Līdz laikam, kad prakse ārstniecības personas uzraudzībā beigta.**

Darba vieta:

Ārstniecības persona/as, kura/as vadīja vai uzraudzīja darbu pārskata periodā (vārds, uzvārds un ārstniecības personas/ ārstniecības atbalsta personas identifikators):

Vārds Uzvārds, 46767446732

Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts ¹
AIZPILDA PATI ĀRSTNIECĪBAS PERSONA. Īsi apraksta darba apjomu (cik dienas strādā, cik vizītes dienā, kādas darbības un pienākumus veic, kādas vecuma grupas pacientus apskata, cik rūpīgi strādā).

Sertificējamās personas paraksts:

Paraksta atšifrējums:

Datums: **23.08.2021.** (sākumā paraksta sertificējamā persona)

Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu²:

Vārds, Uzvārds:

Amats:

Paraksts:

Datums: **24.08.2021.** (pēc tam tikai darba devējs vai prakses vadītājs)

Darba vietas nosaukums:

¹ Aizpilda sertificējamā persona

² Apstiprina darba devējs vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādājusi sertificējamā ārstniecības persona.

!!! Ja profesionālās darbības pārskats uzrakstīts uz 2 lpp, tad nepieciešams prakses vadītāja vai darba devēja paraksts un atšifrējums uz abām lpp.