

Sertifikācijas lapa **PARAUGS**

I.Sertificējamās ārstniecības personas dati¹:

1. Vārds (vārdi) **Maija**
2. Uzvārds **Bērziņa**
3. Personas kods **123456-12345**
4. Deklarētās dzīvesvietas adrese: **Liela iela 1-5; Rīga; LV-1010**

5. Tālruņa numurs (numuri): **23234565**
6. Elektroniskā pasta adrese: **maija.berzina@inbox.lv**
7. Piekrītu, ka lēmumu paziņošana tiek veikta ar elektroniskā pasta **Jā**
starpniecību uz manis norādīto elektroniskā pasta adresi
8. Sertifikācijas nepieciešama:

Skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā

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

9. Informācija par darba vietu (vietām) pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai
papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē:

9.1. darba vieta: **“salona nosaukums”**
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats: **Skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā**

darba attiecības laika posmā no: **01.01.2020.** līdz: **01.07.2021.**

(datums)

(datums)

9.2. darba vieta: _____
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats: _____

darba attiecības laika posmā no: _____ līdz: _____

(datums)

(datums)

10. Valsts valodas prasme: **Dzimtā (ja latviešu valoda NAV dzimtā norādīt
valodas prasmes - līmeni)**

11. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt²):

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

Apliecinu (vai paraksts)

11.2. neesmu citas personas aizgādība

Apliecinu (vai paraksts)

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

Apliecinu (vai paraksts)

12. Datums (dd.mm.gggg) **01.01.2021.**

13. Sertificējamās ārstniecības
personas paraksts³

Paraksts /atšifrējums/

II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu⁴:

14. Sertificējamās ārstniecības personas kompetences raksturojums attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē (**vajadzīgo atzīmēt un norādīt īsu pamatojumu**):

Kompetences jomas	Labi	Apmierinoši	Neapmierinoši
Profesionālās zināšanas, prasmes un pieredze	<i>norādīt īsu pamatojumu</i>		
Komunikācijas prasmes un sadarbība	<i>norādīt īsu pamatojumu</i>		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	<i>norādīt īsu pamatojumu</i>		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	<i>norādīt īsu pamatojumu</i>		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	<i>norādīt īsu pamatojumu</i>		

15. Ieteikums: ***darba devēja ieteikums serifikācijas komisijai par sertificējamo ārstniecības personu.*** (piem. - rekomendēju sertifikācijai)

16. Informācijas sniedzēja paraksts³

PARAKSTS (*obligāti atšifrējums – Vārds Uzvārds “SALONA NOSAUKUMS” vadītājs*)

17. Zīmogs³:

* nav obligāta prasība, ja precīzi aizpildīts 16.punkts