

Resertifikācijas lapa **PARAUGS**

I. Resertificējamās 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) **23234556**
6. Elektroniskā pasta adrese **Maija.berzina@inbox.lv**
7. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto **Jā** oficiālo elektronisko adresi
8. Informācija par ārstniecības personas sertifikātu (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija):
 - 8.1. numurs **AE-00000**
 - 8.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg) **01.01.2021.**
 - 8.3. pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts
Skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)
9. Sertifikācija nepieciešama **Skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā**

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)
10. Gads, kad pirmo reizi izsniegts ārstniecības personas sertifikāts pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē **2015.**
11. Profesionālā darba pieredze pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā (informāciju sniedz par visām ārstniecības iestādēm, kurās ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā resertificējamā ārstniecības persona strādā vai ir strādājusi):
 - 11.1. darbavieta **“Salona nosaukums”**
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)
amats **Skaistumkopšanas speciālists kosmetoloģijā**
darba attiecības laikposmā no **01.01.2015.** līdz **01.01.2020.**
(datums) (datums)
 - 11.2. darbavieta _____
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)
amats _____
darba attiecības laikposmā no _____ līdz _____
(datums) (datums)
- 11.¹ Valsts valodas prasme **Dzimtā (ja latviešu valoda NAV dzimtā norādīt valodas prasmes - līmeni)**
12. Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā:
 - 12.1. informācija par profesionālās kvalifikācijas formālās un neformālās tālākizglītības pasākumiem

Nr. p.k.	Izziņas numurs	Pasākuma organizators	Pasākuma nosaukums	Pasākuma norises datums(-i)	Stundu/ tālākizglītības punktu skaits

Kopā	
------	--

12.2. informācija par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā:

Nr. p.k.	Darbības veids	Laikposms	Tālākizglītības punktu skaits
		Kopā	

13. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt³):

13.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību **Apliecinu (vai paraksts)**

13.2. neesmu citas personas aizgādībā **Apliecinu (vai paraksts)**

13.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību **Apliecinu (vai paraksts)**

14. Datums (dd.mm.gggg) **01.01.2021. (iesniegšanas)**

15. Resertificējamās ārstniecības personas paraksts⁴ **paraksts / atšifrējums**

II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu⁵

16. 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	norādīt īsu pamatojumu		
Komunikācijas prasmes un sadarbība	norādīt īsu pamatojumu		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	norādīt īsu pamatojumu		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	norādīt īsu pamatojumu		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	norādīt īsu pamatojumu		

17. Ieteikums **darba devēja ieteikums par resertificējamo ārstniecības personu**

18. Informācijas sniedzēja paraksts⁴ **Paraksts + atšifrējums (Vārds Uzvārds “salona nosaukums” vadītājs vai pašnodarbināta persona.)**

19. Zīmogs⁴ **Nav obligāti, ja precīzi aizpildīts 18.punkts**