2. pielikums
Ministru kabineta
2024. gada 18. jūnija
noteikumiem Nr. 391

**Sertifikācijas lapa**

**I. Sertificējamās ārstniecības personas dati**1

1. Vārds (vārdi)

|  |
| --- |
|  |

2. Uzvārds

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Personas kods |  | - |  |  |

4. Deklarētās dzīvesvietas adrese

|  |
| --- |
|  |

5. Oficiālā elektroniskā adrese un/vai elektroniskā pasta adrese

|  |
| --- |
|  |

6. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto:

□ oficiālo elektronisko adresi

□ elektroniskā pasta adresi

7. Sertifikācija nepieciešama (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

|  |
| --- |
|  |

8. Informācija par darbavietu (vietām) pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē:

8.1. darbavieta (ārstniecības iestādes, struktūrvienības nosaukums un ārstniecības iestādes reģistrācijas numurs)

|  |
| --- |
|  |

amats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā

no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datums) līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(datums)

8.2. darbavieta (ārstniecības iestādes, struktūrvienības nosaukums un ārstniecības iestādes reģistrācijas numurs)

|  |
| --- |
|  |

amats \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā

no \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datums) līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(datums)

9. Apliecinu2, ka:

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

□ neesmu citas personas aizgādnībā

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

10. Datums (dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu**4

12. 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 |   |   |   |
| Komunikācijas prasmes un sadarbība |   |   |   |
| Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana |   |   |   |
| Plānošanas un darba organizācijas prasmes |   |   |   |
| Lēmumu pieņemšanas prasmes |   |   |   |

13. Ieteikums

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

14. Informācijas sniedzēja paraksts3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15. Zīmogs3

**III. Priekšlikums attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu**5

16. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):

□ kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu) (dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ atteikt sertifikāta piešķiršanu sakarā ar to, ka sertificējamā ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena kārtošanas (norādīt pamatojumu)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

□ uzdot novērst trūkumus (norādīt termiņu, līdz kuram trūkumi novēršami) (dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Datums, kad informēta sertificējamā ārstniecības persona6

(dd.mm.gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV. Informācija attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu7**

19. Informācija par izskatīto jautājumu (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

□ atļauts kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu) (dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ pieņemts lēmums atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu (dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai8

(dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

21. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

22. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V.** **Priekšlikums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu**5

23.  Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

24. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

24.1. piešķirt sertifikātu (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

|  |
| --- |
|  |

24.1.1. sertifikācijas eksāmena 1. daļā pareizi atbildēto jautājumu skaits (procentuāli) \_\_\_\_\_\_\_\_ %

24.1.2.  sertifikācijas eksāmena 2. daļā pārbaudītās praktiskās iemaņas (atzīmēt vajadzīgo):

□ atbilstošas

□ neatbilstošas

24.2. atteikt sertifikāta piešķiršanu (norādīt pamatojumu)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

25. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

27. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

28. Sertifikācijas komisijas sekretārs

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

29. Sertifikācijas komisijas locekļi

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VI. Lēmums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu**9

30. Lēmuma pieņemšanas datums (dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31.  Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

□ piešķirt sertifikātu (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

|  |
| --- |
|  |

□ atteikt sertifikāta piešķiršanu

32. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai

(dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

33. Datums, kad sākas piešķirtā sertifikāta derīguma termiņš

(dd. mm. gggg.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

34. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

35. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā)

(vārds, uzvārds un paraksts) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Piezīmes.

1 Aizpilda ārstniecības persona.

2 Ārstniecības persona atzīmē 9. punktā norādīto informāciju, kas uz viņu attiecas.

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

4Aizpilda ārstniecības iestāde, kurā strādā ārstniecības persona, vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādā sertificējamā ārstniecības persona, vai mācību prakses vadītājs. Ja ārstniecības persona strādā vairākās ārstniecības iestādēs (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm.

5 Aizpilda sertifikācijas komisija.

6 Aizpilda, ja sertifikācijas komisija atļauj sertificējamai ārstniecības personai kārtot sertifikācijas eksāmenu vai uzdod novērst trūkumus.

7Aizpilda sertifikācijas padome, ja saņemts sertifikācijas komisijas priekšlikums par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu sakarā ar to, ka sertificējamā ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena kārtošanas.

8 Aizpilda, ja sertifikācijas padome pieņēmusi lēmumu par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu.

9 Aizpilda sertifikācijas padome.