

2.pielikums
Ministru kabineta
2012.gada 18.decembra
noteikumiem Nr.943

(Pielikums grozīts ar MK 12.09.2017. noteikumiem Nr. 553; MK 09.06.2020. noteikumiem Nr. 377)

Commented [A1]: Jaunā veidlapa!

Sertifikācijas lapa

I. Sertificējamās ārstniecības personas dati¹

1. Vārds (vārdi) JĀNIS
2. Uzvārds OZOLIŅŠ
3. Personas kods 111111-11111 -
4. Deklarētās dzīvesvietas adrese Skolas iela 3, Rīga, LV-1010

5. Tālruna numurs (numuri) +37167220661
6. Elektroniskā pasta adrese janis.ozolins@gmail.com
7. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto oficiālo elektronisko adresi
8. Sertifikācija nepieciešama Specialitātes /Metodes nosaukums

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

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

- 9.1. darbavieta Ārstniecības iestāde
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)
amats nosaukums
darba attiecības laikposmā no 01.09.2019 līdz turpinu
(datums) (datums)

- 9.2. darbavieta _____
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)
amats _____
darba attiecības laikposmā no _____ līdz _____
(datums) (datums)

10. (Svītrots ar MK 12.09.2017. noteikumiem Nr. 553)

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

- 11.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību **parakstīt vai norādīt!**
- 11.2. neesmu citas personas aizgādībā **parakstīt vai norādīt!**
- 11.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību **parakstīt vai norādīt!**

12. Datums (dd.mm.gggg) 01.09.2019

13. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts³ **parakstīt!**

Commented [e2]: Jānorāda precīzs tās specialitātes (pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte) vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums, kurā tiek veikta sertifikācija.

II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu⁴

14. 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	X ierakstīt!		
Komunikācijas prasmes un sadarbība	X		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	X		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	X		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	X		

15. Ieteikums **Sertificēt Jāni Ozoliņu** specialitātē!

Commented [e3]: Jānorāda precīzs tās specialitātes (pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte) vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums, kurā tiek veikta sertifikācija.

16. Informācijas sniedzēja paraksts³ **PARAKSTĀS** darba vietas vadītājs, atšifrējot savu vārdu un uzvārdu, amatu

17. Zīmogs³ **Apaļais zīmogs darba vietas**

Tālāk aizpilda sertifikācijas komisija!

III. Priekšlikums attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu⁵

18. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)

19. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):

19.1. kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg))

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

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

20. Datums, kad informēta sertificējamā ārstniecības persona (dd.mm.gggg)⁶

Commented [e4]: Jānorāda datums, kurā Sertifikācijas komisija ir pieņēmusi lēmumu atļaut ārstniecības personai kārtot sertifikācijas eksāmenu

Commented [e5]: Jānorāda datums, kurā ārstniecības persona ir kārtojusi Sertifikācijas eksāmenu

Commented [e6]: Ja ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena, jānorāda pamatojums.

Commented [e7]: Jānorāda datums, līdz kuram ārstniecības personai ir jānovērš Sertifikācijas komisijas konstatētie trūkumi – piemēram, nav veikts maksājums, nav iesniegti visi nepieciešamie dokumenti, nav uzrādīti dokumentu oriģināli

Commented [e8]: Jānorāda datums, kurā ārstniecības persona ir informēta par sertifikācijas eksāmena datumu vai arī par nepieciešamību novērst trūkumus

IV. Informācija attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu⁷

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

21.1. atļauts kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg))

21.2. pieņemts lēmums atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu

21.3. datums (dd.mm.gggg)

22. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg)⁸

23. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs

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

(vārds, uzvārds un paraksts)

Tālāk aizpilda sertifikācijas komisija

V. Priekšlikums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu⁵

25. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)

26. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt)

26.1. piešķirt ārstniecības personas sertifikātu **Nosaukums** _____

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

26.1.1. sertifikācijas eksāmena 1.daļā pareizi atbildēto jautājumu skaits (procentuāli) %

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

26.1.2.1. atbilstošas

26.1.2.2. neatbilstošas

26.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu (norādīt pamatojumu) _____

26.3. anulēt sertifikācijas rezultātus

27. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs

28. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)

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

(vārds, uzvārds un paraksts)

30. Sertifikācijas komisijas sekretārs _____

(vārds, uzvārds un paraksts)

31. Sertifikācijas komisijas loceklis _____

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

Commented [e9]: Aizpilda sertifikācijas padome

Commented [e10]: Jānorāda Sertifikācijas komisijas sēdes datums, kurā tika pieņemts lēmums

Commented [e11]: Jānorāda precīzs tās specialitātes (pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte) vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes noraukums, kurā tiek veikta sertifikācija

Commented [e12]: Ja Sertifikācijas komisija sertifikācijas eksāmena otrajā daļā ir konstatējusi nepietiekošas un neatbilstošas praktiskās iemaņas, Sertifikācijas komisijas sēdes protokolā OBLIGĀTI ir norādāms izvērstis pamatojums, skaidrojums,

Commented [e13]: 18.12.2012. MK noteikumu Nr. 943 40.punkts, norādot, ka nav nokārtota sertifikācijas eksāmena pirmā daļa – teorētisko zināšanu pārbaude vai arī otrā daļa - praktisko iemaņu pārbaude

Commented [e14]: Jāparakstās visi, kuri ir piedalījušies attiecīgajā sertifikācijas komisijas sēdē. Sertifikācijas komisijas sēdē jāievēro nepieciešamais kvorums (klātesošo Sertifikācijas komisijas locekļu skaits. Puse +1)

Tālāk aizpilda sertifikācijas padome!

VI. Lēmums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu⁹

32. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg) . .

33. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

33.1. piešķirt ārstniecības personas sertifikātu _____

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

33.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu

34. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg) . .

35. Datums, kad sākas piešķirtā ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg) . .

36. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs

37. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā) _____
(vārds, uzvārds un paraksts)

Piezīmes.

¹ Aizpilda ārstniecības persona.

² Ja dokuments sagatavots papīra formā, ārstniecības persona ar parakstu apliecina katru uz viņu attiecināmo 11.1., 11.2. un 11.3.apakšpunktā norādīto informāciju. Ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona 11.1., 11.2. un 11.3.apakšpunktā norāda informāciju "Apliecinu", ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais viņai atbilst, vai "Neapliecinu", ja neatbilst.

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

⁴ Aizpilda ārstniecības iestāde, kurā strādā ārstniecības persona, vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādā sertificējamā ārstniecības persona. 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.

⁷ Aizpilda sertifikācijas padome, ja saņēms sertifikācijas komisijas priekšlikumus 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.