

## Resertifikācijas lapa

<b>I. Resertificējamās ārstniecības personas dati<sup>1</sup></b>	
1. Vārds (vārdi)	<b>Liene</b>
2. Uzvārds	<b>Bērziņa</b>
3. Personas kods	<b>112288-10000</b>
4. Deklarētās dzīvesvietas adrese	<b>Saules iela 20, Rīga</b>
5. Tālruņa numurs (numuri)	<b>55555555</b>
6. Elektroniskā pasta adrese	<b>liene.xxxina@inbox.lv</b>
7. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto elektroniskā pasta adresi	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Informācija par ārstniecības personas sertifikātu (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija):	
8.1. numurs	<b>A-11111</b>
8.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg)	<b>15.05.2016.</b>
8.3. pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts	
<b>Internās aprūpes māsa</b> (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)	
9. Sertifikācija nepieciešama <b>Internās aprūpes māsa</b>	
(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	<b>2003.gads</b>
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: <b>Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, stacionārs Biķernieki, terapijas nodaļa (nelietot saīsinājumus!)</b> (ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)	
Amats: <b>Internās aprūpes māsa</b>	
darba attiecības laikposmā no <b>12.11.2005.</b> līdz <b>turpinu strādāt</b> (datums) (datums)	



15. Resertificējamās ārstniecības personas paraksts<sup>4</sup>**paraksts****II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu<sup>5</sup>**

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	<input checked="" type="checkbox"/>		
Komunikācijas prasmes un sadarbība	<input checked="" type="checkbox"/>		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	<input checked="" type="checkbox"/>		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	<input checked="" type="checkbox"/>		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	<input checked="" type="checkbox"/>		

17. Ieteikums:

**resertificēt Internās aprūpes māsas pamatspecialitātē**18. Informācijas sniedzēja paraksts<sup>4</sup>19. Zīmogs<sup>4</sup> .....

Aizpilda sertifikācijas institūcija

**III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju<sup>6</sup>**

20. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)	
21. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):	
21.1. resertificēt, piešķirot ārstniecības personas sertifikātu	
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
21.2. atteikt resertifikāciju (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg))	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21.3. profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21.4. citu profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21.5. profesionālās darbības pārskata novērtējums (vajadzīgo atzīmēt):	

21.5.1. atbilst kritērijiem	<input type="checkbox"/>
21.5.2. neatbilst kritērijiem	<input type="checkbox"/>
22. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks	
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā)	
	(vārds, uzvārds un paraksts)
25. Sertifikācijas komisijas sekretārs	
	(vārds, uzvārds un paraksts)
26. Sertifikācijas komisijas locekļi	
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)
	(vārds, uzvārds un paraksts)

<b>IV. Lēmums attiecībā uz resertifikāciju<sup>7</sup></b>	
27. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):	
28.1. resertificēt, piešķirot ārstniecības personas sertifikātu	
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
28.2. atteikt resertifikāciju	<input type="checkbox"/>
29. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30. Datums, kad sākas piešķirtā ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks	
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā)	
	(vārds, uzvārds un paraksts)

Piezīmes.

<sup>1</sup> Aizpilda ārstniecības persona.

<sup>2</sup> Pievieno informāciju apliecināšu dokumentu kopijas, kas apliecinātas normatīvajos aktos par dokumentu izstrādāšanu un noformēšanu noteiktajā kārtībā, vai arī uzrāda šo dokumentu oriģinālus.

<sup>3</sup> Ja dokuments sagatavots papīra formā, ārstniecības persona ar parakstu apliecina katru uz viņu attiecināmo 13.1., 13.2. un 13.3.apakšpunktā norādīto informāciju. Ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona 13.1., 13.2. un 13.3.apakšpunktā norāda informāciju "Apliecinu", ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais viņai atbilst, vai "Neapliecinu", ja neatbilst.

<sup>4</sup> Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

<sup>5</sup> Aizpilda ārstniecības iestāde, kurā strādā ārstniecības persona, vai pati ārstniecības persona, ja tā ir ārstniecības iestādes vadītājs vai īpašnieks. Ja ārstniecības persona strādā vairākās ārstniecības iestādēs (pamatspecialitātē,

apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm.

<sup>6</sup> Aizpilda sertifikācijas komisija.

<sup>7</sup> Aizpilda sertifikācijas padome.