

Sertifikācijas lapa

I. Sertificējamās ārstniecības personas dati¹:

1. Vārds (vārdi)	Maija	
2. Uzvārds	Lapiņa	
3. Personas kods	332288-10000	
4. Deklarētās dzīvesvietas adrese:	Rītupes iela 150 – 0, Rīga	
5. Tālruņa numurs (numuri)	33333333	
6. Elektroniskā pasta adrese:	maijalaxxxx@gmail.com	
7. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto e-pasta adresi	<input checked="" type="checkbox"/>	
8. Sertifikācija nepieciešama:	Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas pamatspecialitātē	
	(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
9. Informācija par darbavietu (vietām) pamatspecialitātē, apakšspecialitātē vai papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē:		
9.1. darbavieta:	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, stacionārs Gaīlezers, Intensīvās terapijas nodaļa	
	(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)	
amats:	Intensīvās terapijas māsa	
darba attiecības laika posmā no:	01.10.2010. līdz: 20.05.2015.	
	(datums)	(datums)
9.2. darbavieta:	P.Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Anestezioloģijas nodaļa (nelietot saīsinājumus!)	
	(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)	
amats:	anestēzijas māsa	
darba attiecības laika posmā no:	20.06.2013. līdz: turpinu strādāt	
	(datums)	(datums)
10. Valsts valodas prasme:	Dzimtā valoda	
11. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt ²):		
11.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību	apliecinu	
11.2. neesmu citas personas aizgādņība	apliecinu	
11.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību	apliecinu	
12. Datums (dd.mm.gggg)	01.02.2016.	
13. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts ³	paraksts	

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	x		
Komunikācijas prasmes un sadarbība	x		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	x		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	x		
Lēmumu pieņemšanas prasmes	x		

15. Ieteikums:

Ieteikums sertificēt Anestēzijas, intensīvās un neatliekamās aprūpes māsas pamatspecialitātē.

16. Informācijas sniedzēja paraksts³ _____

17. Zīmogs³: _____

Aizpilda sertifikācijas institūcija

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 piešķirt ārstniecības personas sertifikātu 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		□□.□□.□□□□
IV. Informācija attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu⁷:		
21. Informācija par izskatīto jautājumu (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):		
21.1. atļauts kārtot sertifikācijas eksāmenu		<input type="checkbox"/>
21.2. pieņemts lēmums atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu		<input type="checkbox"/>
21.3. datums (dd.mm.gggg) ⁸		□□.□□.□□□□
23. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs:		□□□□
24. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā)		_____ (paraksts un tā atšifrējums)
V. Priekšlikums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu⁵:		
25. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)		□□.□□.□□□□
26. Priekšlikums (vajadzīgo atzīmēt un norādīt):		
26.1. piešķirt ārstniecības personas sertifikātu:		
(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai 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 (vajadzīgo atzīmēt):		
26.1.2.1. atbilstošas		<input type="checkbox"/>
26.1.2.2. neatbilstošas		<input type="checkbox"/>
26.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu (norādīt pamatojumu)		
26.3. anulēt sertifikācijas rezultātus		<input type="checkbox"/>
27. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs:		□□□□
28. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)		□□.□□.□□□□
29. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks (priekšsēdētāja prombūtnes laikā)		_____ (paraksts un tā atšifrējums)
30. Sertifikācijas komisijas sekretārs		_____ (paraksts un tā atšifrējums)
31. Sertifikācijas komisijas locekļi		_____ (paraksts un tā atšifrējums)
		_____ (paraksts un tā atšifrējums)
		_____ (paraksts un tā atšifrējums)
		_____ (paraksts un tā atšifrējums)

	<hr/> (paraksts un tā atšifrējums)
--	------------------------------------

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 vai papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)	
33.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu	<input type="checkbox"/>
34. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamajai 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)	<hr/> (paraksts un tā atšifrējums)

Piezīmes.

1. ¹Aizpilda ārstniecības persona.

2. ²Ja 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 tiek sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona par katru 11.1., 11.2. un 11.3.apakšpunktā minēto norāda šādu informāciju: „Apliecinu”, ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais atbilst, „Neapliecinu” – ja neatbilst.

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

4. ⁴Aizpilda 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 vai papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm.

5. ⁵Aizpilda sertifikācijas komisija.

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

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

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

9. ⁹Aizpilda sertifikācijas padome.