

Resertifikācijas lapa

I. Resertificējamās ārstniecības personas dati¹	
1. Vārds (vārdi)	Liene
2. Uzvārds	Bērziņa
3. Personas kods	112288-10000
4. Deklarētās dzīvesvietas adrese	Saules iela 20, Rīga
5. Tālruņa numurs (numuri)	55555555
6. Elektroniskā pasta adrese	liene.xxxina@inbox.lv
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	A-11111
8.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg)	15.05.2016.
8.3. pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts	
Internās aprūpes māsa (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)	
9. Sertifikācija nepieciešama Internās aprūpes māsa	
(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	2003.gads
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: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, stacionārs Biķernieki, terapijas nodaļa (nelietot saīsinājumus!) (ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)	
Amats: Internās aprūpes māsa	
darba attiecības laikposmā no 12.11.2005. līdz turpinu strādāt (datums) (datums)	

12. Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā²:

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
i	NTI/K-070	Latvijas Māsu asociācija	Internās aprūpes māsu konference	12.02.2013.	4
ci	NTI/K-005	Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca	Pacientu aprūpes aktualitātes	12.11.2013	5
Kopā					100

Nepieciešamības gadījumā ailes papildināt.

12.2. informācija par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā:

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

Nepieciešamības gadījumā ailes papildināt.

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

13.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību	apliecinu
13.2. neesmu citas personas aizgādībā	apliecinu
13.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību	apliecinu
14. Datums (dd.mm.gggg)	11.02.2016.

15. Resertificējamās ārstniecības personas paraksts⁴**paraksts****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	<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 pamatspecialitātē18. Informācijas sniedzēja paraksts⁴19. Zīmogs⁴

Aizpilda sertifikācijas institūcija

III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju⁶

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"/>
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="text"/>
23. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)	<input type="text"/>
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)

IV. Lēmums attiecībā uz resertifikāciju⁷	
27. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg)	<input type="text"/>
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="text"/>
30. Datums, kad sākas piešķirtā ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg)	<input type="text"/>
31. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs	<input type="text"/>
32. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks	
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā)	
	(vārds, uzvārds un paraksts)

Piezīmes.

¹ Aizpilda ārstniecības persona.

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

³ 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.

⁴ Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

⁵ 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.

⁶ Aizpilda sertifikācijas komisija.

⁷ Aizpilda sertifikācijas padome.