**Latvijas Māsu asociācijas valdei**

Vārds, uzvārds

**IESNIEGUMS**

**Lūdzu izskatīt klāt pievienoto informāciju un dokumentus apmācīt tiesīgas ārstniecības personas statusa iegūšanai**.

|  |
| --- |
| Vārds, uzvārds: |
|  | |

|  |
| --- |
| Personas kods: |
|  | |

|  |
| --- |
| Kontakttālrunis: |
|  | |

|  |
| --- |
| E–pasta adrese: |
|  | |

|  |
| --- |
| Darbavietas nosaukums: |
|  | |

|  |
| --- |
| Profesija: |
|  | |

m

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Ārstniecības personas reģistra numurs, derīguma termiņš: |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. | Profesijas/Specialitātes nosaukums, kurā vēlas apmācīt: |
|  | |
| 3. | Tēmas, kuras vēlas apmācīt: |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. | Izglītība |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. | Vai Jūsu darbība ir izskatīta (vajadzīgo atzīmēt) |
| * + **Ētikas komisijā**: jā [\_\_\_\_\_] nē [\_\_\_\_\_] | |

**Iesniedzēja paraksts**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ datums**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **Rekomendācijas:** |
| 1. **Aizpilda ārstniecības iestāde:** |

**Ārstniecības iestādes vadītāja, kas apliecina pretendenta atbilstību:**

Paraksts: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** datums: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| 1. **Aizpilda profesionālā organizācija:** |

**Profesionālās organizācijas/ apvienības vadītājs, kas apliecina pretendenta atbilstību:**

Paraksts: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** datums: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| 1. **Rekomendācija par pedagoģisko pieredzi:** |

**Izglītības iestādes pārstāvis:**

**Paraksts**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_datums**: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pielikumā jāpievieno**:

* Rekomendācijas.
* Izglītības dokumentu kopija
* Maksas apliecinājuma izdruka