**Latvijas Māsu asociācijas Profesionālajai padomei**

Profesionālās pilnveides programmas realizētājs

**IESNIEGUMS**

**Lūdzu izskatīt un apstiprināt klāt pievienoto** p**rofesionālās pilnveides pasākuma programmu.**

|  |
| --- |
| Pasākuma nosaukums  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pasākuma veids | Kursi |  | Seminārs |  | Konference |  | Kongress |  | Simpozijs |  |

|  |
| --- |
| Pasākuma norises vieta |
|  |

|  |
| --- |
| Pasākuma norises datums, laiks |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pasākuma akadēmisko stundu skaits  |  |

|  |
| --- |
| Pasākuma mērķauditorija (norādīt, kādām ārstniecības personām, specializācijām vai ārstnieciskajai vai diagnostiskajai metodēm) |
|  |

|  |
| --- |
| Lektors/i: |
|  | Apmācīt tiesīga ārstniecības persona |  | Izglītības iestādes mācībspēks |
| Vārds, uzvārds |  |
| Darbavieta |  |
| Profesija/specialitāte |  |
| Amats |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Priekšlasījuma tēmas/u nosaukums | Teorētiskā daļa (min) | Praktiskā daļa (min) |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Profesionālās organizācijas/specializācijas saskaņojums *(organizācijas nosaukums, amatpersonas paraksts, atšifrējums)* ***saistoši kompetencēm un pēc nepieciešamības*** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Organizatora vārds, uzvārds |  |
| Tālrunis |  |
| E-pasta adrese |  |
| Paraksts |  |
| Sagatavošanas datums |  |