**Latvijas Māsu asociācijas valdei**

Vārds, uzvārds,

**IESNIEGUMS**

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

|  |
| --- |
| Vārds, uzvārds: |
|  |

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

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

|  |
| --- |
| E–pasta adrese: |
|  |

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

m

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 3. | Profesionālās darbības pārskats par pēdējo 5 gadu laikā realizētām mācību tēmām un/vai programmām: |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

**Ārstniecības iestādes vadītāja/s, kas apliecina pretendenta atbilstību: Pielikums**

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

**Profesionālās organizācijas/ apvienības vadītāja/s, kas apliecina pretendenta atbilstību: Pielikums**

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

**Izglītības iestādes pārstāvis: Pielikums**

**Pielikumā jāpievieno**:

* Apmācīt tiesīgas ārstniecības personas izziņas kopija.
* Rekomendācijas
* Maksas apliecinājuma izdruka