

3.pielikums  
Ministru kabineta  
2012.gada 18.decembra  
noteikumiem Nr.943

(Pielikums grozīts ar MK 12.09.2017. noteikumiem Nr. 553)

Commented [A1]: Jaunā veidlapa!

## Resertifikācijas lapa

### I. Resertificējamās ārstniecības personas dati<sup>1</sup>

1. Vārds (vārdi) Jānis
2. Uzvārds Ozoliņš
3. Personas kods 111111-11111  -
4. Deklarētās dzīvesvietas adrese Skolas iela 3, Rīga, LV-1010

5. Tālruņa numurs (numuri) +371 22222222
6. Elektroniskā pasta adrese janis.ozolins@gmail.com
7. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto  oficiālo elektronisko adresi

8. Informācija par ārstniecības personas sertifikātu (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē, kurā tiek veikta resertifikācija):

- 8.1. numurs A-12345
- 8.2. derīguma termiņš (dd.mm.gggg) 01.09.2020 ..
- 8.3. pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte, kurā sertifikāts izsniegts

Specialitātes / metodes nosaukums

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes vai papildspecialitātes nosaukums)

9. Sertifikācija nepieciešama Specialitātes / metodes nosaukums
- (pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

Commented [A2]: Jānorāda **precīzs** tās specialitātes (pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte) vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums, kurā tiek veikta resertifikācija

10. Gads, kad pirmo reizi izsniegts ārstniecības personas sertifikāts pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē

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 Ārstniecības iestādes nosaukums
- (ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)
- amats \_\_\_\_\_
- darba attiecības laikposmā no \_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_
- (datums) (datums)

Commented [A3]: Šeit norādāmas visas darba vietas, kurās ir strādāts iepriekšējā sertifikāta darbības laikā

- 11.2. darbavieta \_\_\_\_\_
- (ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)
- amats \_\_\_\_\_
- darba attiecības laikposmā no \_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_
- (datums) (datums)

11.<sup>1</sup> Valsts valodas prasme \_\_ DZIMTĀ

12. Informācija par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņa laikā<sup>2</sup>:

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
<b>Kopā</b>					

**Commented [A4]:**

Obligāti aizpildāms:

-dzimtā valoda

vai

-apliecības kopiju pievienot

vai

- esmu apguvis augstāko izglītību akreditētā programmā latviešu valodā

**Commented [A5]:** Ir norādāma visa informācija.

Nepieciešamības gadījumā tabula ir papildināma ar jaunām ailēm

12.2. informācija par profesionālo un zinātnisko darbību tālākizglītības jomā:

Nr. p.k.	Darbības veids	Laikposms	Tālākizglītības punktu skaits
<b>Kopā</b>			

**Commented [A6]:** MK noteikumi Nr.943- 5 pielikums

13. Apliecinu, ka (atbilstoši parakstīt vai norādīt<sup>3</sup>):

13.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību

parakstīt vai norādīt

**Commented [A7]:** obligāti parakstīt vai norādīt

13.2. neesmu citas personas aizgādībā

parakstīt vai norādīt

**Commented [A8]:** obligāti parakstīt vai norādīt

13.3. man saskaņā ar prokurora priekšrakstu par sodu krimināllietā nav noteikta tiesību ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību

parakstīt vai norādīt

**Commented [A9]:** obligāti parakstīt vai norādīt

14. Datums (dd.mm.gggg)

□□.□□.□□□□

**Commented [A10]:** norādīt datumu, kad iesniedz resertifikācijas dokumentus!!!

15. Resertificējamās ārstniecības personas paraksts<sup>4</sup> parakstīt!!

**Commented [A11]:** obligāti parakstīt

## II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu<sup>5</sup>

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	Atzīmēt vai veikt ierakstu!		
Komunikācijas prasmes un sadarbība	Atzīmēt vai veikt ierakstu!		
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana	Atzīmēt vai veikt ierakstu!		
Plānošanas un darba organizācijas prasmes	Atzīmēt vai veikt ierakstu!		
Lēmumu pieņemšanas	Atzīmēt vai veikt ierakstu!		

prasmes	ierakstu!		
---------	-----------	--	--

17. Ieteikums Resertificēt Jāni Ozoliņu .....specialitātē

---



---



---



---



---

**Commented [A12]:** Ja ārstam ir vairākas darba vietas, informāciju sniedz katra no tām

**Commented [A13]:** Jānorāda precīzs tās specialitātes (pamatspecialitāte, apakšspecialitāte vai papildspecialitāte) vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums, kurā tiek veikta resertifikācija

18. Informācijas sniedzēja paraksts<sup>4</sup> darba vietas vadītāja paraksts

19. Zīmogs<sup>4</sup> Darba vietas apaļais zīmogs

**Commented [A14]:** Nepieciešams paraksta atšifrējums

**Commented [A15]:** Informāciju sniedz darba vietas vadītājs /-a

**Commented [A16]:** Ja nav apaļais zīmogs, ir lietojams esošais

### Tālāk aizpilda sertifikācijas komisija!

### III. Priekšlikums attiecībā uz resertifikāciju<sup>6</sup>

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))

21.3. profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē

21.4. citu profesionālās un zinātniskās darbības un tālākizglītības pasākumu tālākizglītības punktu summa

21.5. profesionālās darbības pārskata novērtējums (vajadzīgo atzīmēt):

21.5.1. atbilst kritērijiem

21.5.2. neatbilst kritērijiem

22. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs

23. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)

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)

**Commented [A19]:** Jāparakstās visi, kuri ir piedalījušies attiecīgajā sertifikācijas komisijas sēdē. Sertifikācijas komisijas sēdē jāievēro nepieciešamais kvorums (klātesošo Sertifikācijas komisijas locekļu skaits. Puse +1)

---

 (vārds, uzvārds un paraksts)
 

---



---

 (vārds, uzvārds un paraksts)
 

---

### Tālāk aizpilda sertifikācijas padome!

#### IV. Lēmums attiecībā uz resertifikāciju<sup>7</sup>

27. Lēmuma pieņemšanas datums (dd.mm.gggg)

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

29. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai ārstniecības personai (dd.mm.gggg)

30. Datums, kad sākas piešķirtā ārstniecības personas sertifikāta derīguma termiņš (dd.mm.gggg)

31. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs

32. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks  
(priekšsēdētāja prombūtnes laikā) \_\_\_\_\_  
(vārds, uzvārds un paraksts)

Piezīmes.

<sup>1</sup> Aizpilda ārstniecības persona.

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Aizpilda sertifikācijas komisija.

<sup>7</sup> Aizpilda sertifikācijas padome.