

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

## Sertifikācijas lapa

**LAI INFORMĀCIJA BŪTU IZLASĀMA, KOREKTA, LŪGUMS  
SERTIFIKĀCIJAS LAPU AIZPILDĪT ELEKTRONISKI. Ja tas nav iespējams,  
tad aizpilda TIKAI DRUKĀTIEM, SKAIDRI SALASĀMIEM BURTIEM.**

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

1. Vārds (vārdi) LĪGA / JĀNIS
2. Uzvārds LIEPA / BĒRZIŅŠ
3. Personas kods 12345-67890       -
4. Deklarētās dzīvesvietas adrese SAULES IEĻA 6-5, RĪGA, LV-1234

5. Tālruņa numurs (numuri) 1234567
6. Elektroniskā pasta adrese LĪGAJANIS@GMAIL.COM
7. Piekrītu, ka lēmums tiek paziņots ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto   
oficiālo elektronisko adresi IEVIETOJAT KRUSTIŅU, JA PIEKRĪTAT

8. Sertifikācija nepieciešama MASIERA SPECIALITĀTĒ (ja jums ir masiera diploms),  
MASĀŽAS METODES (ja esat ārstniecības persona, kam nav masiera diploms, bet esat veicis  
klasiskās masāžas apmācības ciklu) BĒRNU MASĀŽAS METODĒ (ja esat ārstniecības  
persona, kas veikusi apmācību ciklu bērnu masāžas specialitātē), FIZIKĀLĀS TERAPIJAS  
METODĒ (ja esat ārstniecības persona, kas veikusi apmācību ciklu fizikālās terapijas metodē).

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

9. Informācija par darbavietu (vietām) pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai  
ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē:

**NORĀDAT PAŠREIZĒJO DARBA VIETU vai darba vietām. JA DARBA VIETAS NAV,  
ESAT KOLEDŽAS BEIDZĒJS, NORĀDAT PRAKSES VIETU (BŪS NEPIECIEŠAMS  
PRAKSES VADĪTĀJA PARAKSTS)**

- 9.1. darbavieta \_\_\_\_\_  
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats \_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā no \_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_  
(datums) (datums)

- 9.2. darbavieta \_\_\_\_\_  
(ārstniecības iestādes un struktūrvienības nosaukums)

amats \_\_\_\_\_

darba attiecības laikposmā no \_\_\_\_\_ līdz \_\_\_\_\_  
(datums) (datums)

10. (Svītrots ar MK 12.09.2017. noteikumiem Nr. 553)

11. Apliecinu, ka (atbilstošo parakstīt vai norādīt<sup>2</sup>): (**attiecīgo APLIECINU/NEAPLIECINU**)

11.1. man saskaņā ar tiesas nolēmumu nav noteikta tiesību **APLIECINU**

ierobežošana, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību

11.2. neesmu citas personas aizgādībā

APLIECINU

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

APLIECINU

12. Datums (dd.mm.gggg) **DATUMS,**  
**KURĀ AIZPILDĀT DOKUMENTU**

  .   .    

13. Sertificējamās ārstniecības personas paraksts<sup>3</sup> **PARAKSTS, ATŠIFRĒJUMS** \_\_\_\_\_

## II. Informācija par sertificējamo ārstniecības personu<sup>4</sup>

14. Sertificējamās ārstniecības personas kompetences raksturojums attiecīgajā pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē (atzīmēt vajadzīgo un norādīt īsu pamatojumu):

**ŠO TABULU AIZPILDA PATI RESERTIFICĒJAMĀ PERSONA VAI DARBA DEVĒJS. ATTIECĪGAJĀ, ATBILSTOŠAJĀ AILĪTĒ UZRAKSTOT ĪSU PAMATOJUMU. JA PAŠNODARBINĀTA PERSONA, TAD AIZPILDA UN PARAKSTA ŠO PATI. JA DARBA ATTIECĪBĀS IR PIE DARBA DEVĒJA, TAD ŠO TABULU PARAKSTA DARBA DEVĒJS UN LIEK ZĪMOGU.**

**JA ĀRSTNIECĪBAS PERSONA IR KOLEDŽAS BEIDZĒJS UN DARBA VIETAS VĒL NAV, TAD ŠO AIZPILDA UN PARAKSTA PRAKSES VADĪTĀJS.**

Kompetences jomas	Labi	Apmierinoši	Neapmierinoši
Profesionālās zināšanas, prasmes un pieredze	SPĒJ LABI PIELIETOT PROFESIONĀLĀS PRASMES IKDIENAS DARBĀ (PIEMĒRS)		
Komunikācijas prasmes un sadarbība		NEPIECIEŠAMS UZLABOT KOMUNIKĀCIJAS PRASMES SADARBOJOTIES AR PACIENTIEM UN KOLĒĢIEM (PIEMĒRS)	
Profesionālās ētikas un deontoloģijas principu ievērošana			NEIEVĒRO PROFESIONĀLĀS ĒTIKAS PRINCIPUS (PIEMĒRS)
Plānošanas un darba organizācijas prasmes			
Lēmumu pieņemšanas prasmes			

15. Ieteikums **JA KANDIDĀTS ATBILST PRASĪBĀM, TAD IZSAKA LŪGUMU CERTIFICĒT ĀRSTNIECĪBAS PERSONU** attiecīgajā specialitātē. **JA AILĪTĒS PARĀDĀS IERAKSTI PIE APMIERINOŠI VAI NEAPMIERINOŠI, TAD RAKSTA IETEIKUMUS ATTIECĪBĀ PAR ĀRSTNIECĪBAS PERSONU** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

16. Informācijas sniedzēja paraksts<sup>3</sup> **PERSONAS PARAKSTS/ ATŠIFRĒJUMS, KAS SNIEDZ INFORMĀCIJU 14. UN 15. SADAĻĀ** (darba devēja paraksts, atšifrējums) \_\_\_\_\_

17. Zīmogs<sup>3</sup> **JA IR, TAD LIEK ZĪMOGU**

### III. Priekšlikums attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu<sup>5</sup>

18. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)   .   .

19. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo):

19.1. kārtot sertifikācijas eksāmenu (norādīt sertifikācijas eksāmena datumu (dd.mm.gggg))   .   .

19.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu sakarā ar to, ka sertificējamā ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena kārtošanas (norādīt pamatojumu)

19.3. uzdot novērst trūkumus (norādīt termiņu (dd.mm.gggg), līdz kuram trūkumi novēršami)   .   .

20. Datums, kad informēta sertificējamā ārstniecības persona (dd.mm.gggg)<sup>6</sup>   .   .

**IV. Informācija attiecībā uz sertifikācijas eksāmenu<sup>7</sup>**

21. Informācija par izskatīto jautājumu (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

21.1. atļauts kārtot sertifikācijas eksāmenu 21.2. pieņemts lēmums atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu 21.3. datums (dd.mm.gggg)    .    .    22. Datums, kad lēmums paziņots sertificējamai  
ārstniecības personai (dd.mm.gggg)<sup>8</sup>    .    .    23. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs    

24. Sertifikācijas padomes priekšsēdētājs vai viņa vietnieks

(priekšsēdētāja prombūtnes laikā) \_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds un paraksts)

**V. Priekšlikums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu<sup>5</sup>**25. Priekšlikuma sagatavošanas datums (dd.mm.gggg)    .    .    

26. Priekšlikums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt)

26.1. piešķirt ārstniecības personas sertifikātu \_\_\_\_\_

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

26.1.1. sertifikācijas eksāmena 1.daļā pareizi atbildēto jautājumu skaits  
(procentuāli)    %26.1.2. sertifikācijas eksāmena 2.daļā pārbaudītās praktiskās iemaņas  
(atzīmēt vajadzīgo):26.1.2.1. atbilstošas 26.1.2.2. neatbilstošas 26.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta  
piešķiršanu (norādīt pamatojumu) \_\_\_\_\_26.3. anulēt sertifikācijas rezultātus 27. Sertifikācijas komisijas sēdes protokola numurs    28. Sertifikācijas komisijas sēdes datums (dd.mm.gggg)    .    .    

29. Sertifikācijas komisijas priekšsēdētājs vai viņa vietnieks

(priekšsēdētāja prombūtnes laikā) \_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds un paraksts)

30. Sertifikācijas komisijas sekretārs \_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds un paraksts)

31. Sertifikācijas komisijas locekļi \_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

(vārds, uzvārds un paraksts)

## VI. Lēmums attiecībā uz ārstniecības personas sertifikātu<sup>9</sup>

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

33. Pieņemts lēmums (atzīmēt vajadzīgo un norādīt):

33.1. piešķirt ārstniecības personas sertifikātu \_\_\_\_\_

(pamatspecialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes vai ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

33.2. atteikt ārstniecības personas sertifikāta piešķiršanu

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

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

36. Sertifikācijas padomes sēdes protokola numurs

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

Piezīmes.

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

<sup>2</sup> Ja dokuments sagatavots papīra formā, ārstniecības persona ar parakstu apliecina katru uz viņu attiecināmo 11.1., 11.2. un 11.3.apakšpunktā norādīto informāciju. Ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ārstniecības persona 11.1., 11.2. un 11.3.apakšpunktā norāda informāciju "Apliecinu", ja attiecīgajā apakšpunktā norādītais viņai atbilst, vai "Neapliecinu", ja neatbilst.

<sup>3</sup> Neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

<sup>4</sup> Aizpilda ārstniecības iestāde, kurā strādā ārstniecības persona, vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādā sertificējamā ārstniecības persona. Ja ārstniecības persona strādā vairākās ārstniecības iestādēs (pamatspecialitātē, apakšspecialitātē, papildspecialitātē vai ārstnieciskajā vai diagnostiskajā metodē), informācija nepieciešama no visām ārstniecības iestādēm.

<sup>5</sup> Aizpilda sertifikācijas komisija.

<sup>6</sup> Aizpilda, ja sertifikācijas komisija atļauj sertificējamai ārstniecības personai kārtot sertifikācijas eksāmenu vai uzdod novērst trūkumus.

<sup>7</sup> Aizpilda sertifikācijas padome, ja saņemts sertifikācijas komisijas priekšlikums par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu sakarā ar to, ka sertificējamā ārstniecības persona netiek pielaista pie sertifikācijas eksāmena kārtšanas.

<sup>8</sup> Aizpilda, ja sertifikācijas padome pieņēmusi lēmumu par atteikumu piešķirt ārstniecības personas sertifikātu.

<sup>9</sup> Aizpilda sertifikācijas padome.