4.pielikums

 Ministru kabineta

2024.gada 1.oktobra

noteikumiem Nr.630

**Iesniegums pārreģistrācijai vai reģistrācijas atjaunošanai**

|  1.Vārds (-i) |   |
| --- | --- |
| 2. Uzvārds |   |
| 3. Ārstniecības personas/atbalsta personas identifikators |   |
| 4. Korespondences adrese |   |
| 5.Tālruņa numurs (numuri) |   |
| 6. Oficiālā elektroniskā adrese un/vai elektroniskā pasta adrese |   |
| 7. Piekrītu, ka informācija par reģistrāciju (tai skaitā lēmumi) tiek paziņota ar elektroniskā pasta starpniecību uz manis norādīto:  | oficiālo elektronisko adresi ☐ |
| elektroniskā pasta adresi ☐ |
| 8. Nepieciešams (vajadzīgo norādīt):

| 8.1. **veikt pārreģistrāciju** |   |   |
| --- | --- | --- |
|   |   (norādīt profesiju) |   |
| 8.2. **atjaunot reģistrāciju** |   |   |
|   |  (norādīt profesiju) |   |

    |
| 9. Informācija par profesionālo zināšanu vai prasmju apguvi vai pilnveidi attiecīgajā profesijā: |
| **Nr. p. k.** | **Pasākuma realizētājs** | **Pasākuma nosaukums (tēma)** | **Pasākuma norises datums(-i)** | **Stundu apjoms** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Kopā: |   |

| 10. Informācija par sekmīgi nokārtotu profesionālās atbilstības pārbaudi attiecīgajā profesijā: |
| --- |
| **Pārbaudes realizētājs** | **Pārbaudes nosaukums** | **Pārbaudes datums** | **Dokumenta numurs** |
|     |   |   |   |

| 11. Informācija par darba pieredzi kādā no Eiropas Ekonomikas zonas dalībvalstīm vai Šveices Konfederācijā (aizpilda ārstniecības persona, kura profesijā vai kādā no profesijas pamatspecialitātēm, apakšspecialitātēm vai papildspecialitātēm ir veikusi profesionālo darbību ārpus Latvijas Republikas) |
| --- |
| **Valsts** | **Darba devēja izziņa vai cits dokuments par veikto profesionālo darbību, kurā norādīta profesija, amats un laikposms, kurā profesionālā darbība veikta**  | **Izziņa par tiesībām veikt profesionālo darbību (piemēram, *Certificate of Good Standing*), ko izsniegusi tās valsts kompetentā institūcija, kurā ārstniecības persona veikusi profesionālo darbību**  |
|     |   |  |
| 12. Datums (dd.mm.gggg.) |
| 13. Ārstniecības personas paraksts\* |

Piezīme. \* Neaizpilda, ja elektroniskais dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.