2.1 pielikums
Ministru kabineta
2014. gada 3. jūnija
noteikumiem Nr. 273

*(Pielikums MK 20.12.2016. noteikumu Nr. 847 redakcijā)*

**IZZIŅA Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
par personas veselības stāvokļa atbilstību darbam uz kuģa izraudzītajā specialitātē**

|  |
| --- |
| **Vārds (-i)**   |
| **Uzvārds (-i)**   |
| **Dzimšanas datums**   (dd. mm. gggg) |
| **Personu apliecinošs dokuments** (pase vai personas apliecība)□ **Pases Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** □ **Personas apliecības Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Personas veselības pārbaude ir veikta saskaņā ar Ministru kabineta 2014. gada 3. jūnija noteikumos Nr. 273 "Noteikumi par jūrnieku veselības atbilstību darbam uz kuģa" noteikto veselības pārbaudes kārtību un kritērijiem personai, kuru plāno ieskaitīt vai imatrikulēt profesionālās izglītības programmā, pēc kuras apgūšanas var saņemt jūrnieka kvalifikāciju apliecinošu dokumentu.****ATZINUMS****Personas veselības stāvoklis** □ **atbilst /** □ **neatbilst darbam uz kuģa izraudzītajā specialitātē** (ja atbilst – atzīmēt vajadzīgo specialitāti un nepiemērojamās izsvītrot, ja neatbilst – izsvītrot visas specialitātes):**□ kuģu vadīšanas specialitāte** (tai skaitā kuģa matroža specialitāte)**□ kuģu mehānikas vai kuģu elektromehānikas specialitāte** (tai skaitā kuģa motorista, elektriķa, saldēšanas iekārtu mehāniķa, atslēdznieka, virpotāja un metinātāja specialitāte)**□ cita specialitāte** (norādīt) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Izziņas izsniegšanas datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (dd. mm. gggg) |
| **Izziņa ir derīga iesniegšanai izglītības iestādē 12 mēnešus no tās izsniegšanas dienas** |
| **Ārstniecības iestādes nosaukums, adrese, kontaktinformācija un oficiālais zīmogs** |  |
| **Jūrnieku ārsta vārds (-i), uzvārds (-i) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Jūrnieku ārsta paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | Z.v. |