4. pielikums

Ministru kabineta

2016. gada 24. maija

noteikumiem Nr. 317

**Iesniegums pārreģistrācijai vai reģistrācijas atjaunošanai**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Vārds(-i) | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 2. Uzvārds | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| 3. Ārstniecības personas identifikators | | | | |  | | | | | | | |
| 4. Korespondences adrese, tālruņa numurs(-i) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |
| 5. Elektroniskā pasta adrese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_ | | | | | | | | | | | | |
| 6. Piekrītu, ka informācija par reģistrāciju (tai skaitā lēmumi) tiek paziņota, izmantojot elektronisko pastu, uz norādīto elektroniskā pasta adresi | | | | | | | | | | |  | |
| 7. Nepieciešams (vajadzīgo norādīt): | | | | | | | | |  | | | |
| 7.1. veikt pārreģistrāciju | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (norādīt profesiju) | | | | | | |
| 7.2. atjaunot reģistrāciju | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (norādīt profesiju) | | | | | | |
| 8. Informācija par profesionālo zināšanu vai prasmju apguvi vai pilnveidi attiecīgajā profesijā | | | | | | | | | | | | |
| Nr.  p. k. | Pasākuma īstenotājs | | | Pasākuma nosaukums (tēma) | | | | Pasākuma norises datums(-i) | | | | Stundu skaits |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| Kopā | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 9. Informācija par sekmīgi nokārtotu profesionālās atbilstības pārbaudi attiecīgajā profesijā | | | | | | | | | | | | |
| Pārbaudes īstenotājs | | | Pārbaudes nosaukums | | | Pārbaudes datums | | | | Dokumenta numurs | | |
|  | | |  | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |  | | | |
| 10. Datums (dd.mm.gggg.) | | | | | | | ... | | | | | |
| 11. Ārstniecības personas paraksts\* | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |

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