**Resertificējamās personas iesniegums Latvijas Ārstniecības Personu Profesionālo Organizāciju Savienības**

**Optometristu sertifikācijas komisijai**

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

##### (vārds, uzvārds, personas kods)

##### lūdzu izskatīt klātpievienotos dokumentus ārstniecības personas sertifikāta iegūšanai

##### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### (specialitātes, apakšspecialitātes, papildspecialitātes, ārstnieciskās vai diagnostiskās metodes nosaukums)

##### Iesniegumam pievienoju sekojošus dokumentus (atzīmēt atbilstošo):

* resertifikācijas lapu (uz \_\_\_\_ lapas pusēm);
* profesionālās darbības pārskatu (uz \_\_\_\_ lapas pusēm);
* izglītības dokumenta kopijas par profesionālo un zinātnisko darbību un tālākizglītības pasākumiem;
* dokumenta kopiju, kas apliecina valsts valodas prasmi1
* maksājumu apliecinoša dokumenta kopiju par resertifikācijas procesa apmaksu;
* citi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apliecinu, ka esmu reģistrēts/-a Latvijas ārstniecības personu un ārstniecības atbalsta personu reģistrā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_profesijā.

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paraksts un paraksta atšifrējums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iesniegumu un dokumentus pieņēma un ar oriģināliem iepazinās:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(paraksts un paraksta atšifrējums)

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Skaidrojumi:

Kopijas iesniedzamas uzrādot oriģinālu

1 - ja to nosaka Valsts valodas likuma prasības;