**Sertificējamās personas profesionālās darbības pārskats**

Vārds, Uzvārds:

Profesionālā kvalifikācija:

Pārskata periods:

Darba vieta:

Ārstniecības persona/as, kura/as vadīja vai uzraudzīja darbu pārskata periodā:

|  |
| --- |
| Darba apjoma, intensitātes un kvalitātes apraksts 1 |
| Aili paplašināt atbilstoši nepieciešamībai |

Sertificējamās personas paraksts:

Paraksta atšifrējums:

Datums:

**Apstiprinu augstākminēto profesionālās darbības pārskatu**2**:**

Vārds, Uzvārds:

Amats:

Paraksts:

Datums:

Darba vietas nosaukums:

1 Aizpilda sertificējamā persona

2Apstiprina darba devējs vai ārstniecības persona, kuras vadībā vai uzraudzībā strādājusi sertificējamā ārstniecības persona.