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

VĀRDS, UZVĀRDS

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

DZIMŠANAS DATUMS/PERSONAS KODS

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

ADRESE

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

E-PASTS un TELEFONA NR.

**IESNIEGUMS**

Saskaņā ar Ukrainas civiliedzīvotāju atbalsta likuma 14. pantu un saņemto īslaicīgu profesionālo pakalpojumu sniegšanas atļauju Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_, specialitātē/ profesijā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iesniedzu biedrībai “Latvijas Ārstu biedrība” :

* dokumenta kopiju, kas apliecina valsts valodas prasmi Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* sekojošas profesionālo asociāciju un tālākizglītības pasākumu apliecību kopijas:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. p. k.** | **Izziņas numurs** | **Pasākuma organizators** | **Pasākuma nosaukums** | **Pasākuma norises datums(-i)** | **Stundu/tālākizglītības punktu skaits** |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Kopā:** |   |

Esmu informēts par biedrībai “Latvijas Ārstu biedrība” tiesībām apturēt man izsniegtās atļaujas darbības termiņu, ja man izsniegtās atļaujas darbības laikā nebūšu veicis (veikusi) profesionālo pilnveidi un/vai nebūšu apguvis (apguvusi) latviešu valodas prasmes vismaz vidējā līmeņa 1.pakāpē (B1).

Rīgā, 20\_\_\_. gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

PARAKSTS