

(Pranešimo apie profesinės kvalifikacijos tobulinimą ir medicinos praktiką forma)

(asmens vardas ir pavardė)																													
(šalies kodas)			(asmens kodas (identifikacinis numeris))															(spaudos numeris)											
(gyvenamosios vietos adresas)																													
(telefonas)										(elektroninis paštas)																			

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai
prie Sveikatos apsaugos ministerijos

**PRANEŠIMAS APIE PROFESINĖS KVALIFIKACIJOS TOBULINIMĄ IR
MEDICINOS PRAKTIKĄ**

- -
(data)

Laikydamasis (-si) licencijuojamos veiklos sąlygų ir vykdydamas (-a) pareigą kas 5 metus nuo licencijos išdavimo dienos pranešti apie profesinės kvalifikacijos tobulinimą ir medicinos praktiką, informuoju, kad turėdamas (-a) licenciją Nr. MPL-, išduotą - - , medicinos praktika pagal medicinos praktikos licencijoje nurodytą gydytojo _____

(nurodyti profesinę kvalifikaciją)

_____ profesinę kvalifikaciją, verčiausi _____ metus (-ų):

_____ nurodyti įstaigos (-ų), kurioje (-se) praktikuota per pastaruosius 5 metus, pavadinimą (-us)

profesinę kvalifikaciją tobulinau _____ valandų (-as).

PRIDEDAMA:

☐ Dokumentas (-ai), patvirtinantis (-ys) ne trumpesnę kaip 3 metų teisėtą ☐ lapas (-ai) medicinos praktiką pastarųjų 5 metų laikotarpiu (t. y. originali darbdavio išduota pažyma arba kitas dokumentas, kuriame nurodyta, nuo kada ir iki kada, kokiu juridiniu pagrindu, pagal kokią profesinę kvalifikaciją dirbta. Jei medicinos praktika verstasi užsienio valstybėje, tai ir tos užsienio valstybės kompetentingosios institucijos ne anksčiau kaip prieš 12 mėn. išduota pažyma apie praktikos teisėtumą).

☐ Dokumento (-ų), patvirtinančio (-ių) profesinės kvalifikacijos tobulinimą ☐ lapas (-ai) pastarųjų 5 metų laikotarpiu, kopija (-os).

☐ Medicininis pažymėjimas (forma Nr. 046/a) (išduotas ne anksčiau kaip prieš 3 mėn.). ☐ lapas (-ai)

Su Medicinos praktikos licencijavimo taisyklėmis susipažinau

(parašas)

(dokumentus pateikusiojo vardas ir pavardė)