1.pielikums

Profesionālās kvalifikācijas atbilstības pārbaudījuma organizēšanas kārtība

RSU Sarkanā Krusta medicīnas koledžas

direktorei Inārai Upmalei

|  |
| --- |
|  |
| (vārds, uzvārds) |
|  |
| (personas kods) |
|  |
| (tālrunis) |
|  |
| (e-pasts) |

**IESNIEGUMS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lūdzu atļaut kārtot |  | (*kvalifikācija*)  |
| profesionālās atbilstības pārbaudi atbilstoši RSU Sarkanā Krusta medicīnas koledžā noteiktajai profesionālās kvalifikācijas atbilstības pārbaudes kārtībai.  |
|  |
| Pielikumā pievienoju šādu dokumentu kopijas: |
| **[ ]** Profesionālo kvalifikāciju apliecinošs izglītības dokuments (diploms) |  |
| **[ ]** Uzvārda/vārda maiņu apliecinošs dokuments |  |
| **[ ]** Cits dokuments |  |
| **[ ]** Cits dokuments |  |
|  |  |
| Apliecinu, ka esmu iepazinies/-usies ar kārtību, kādā RSU Sarkanā Krusta medicīnas koledžā tiek veikta profesionālās atbilstības pārbaude. |
|  |  |
| Lai sagatavotos pārbaudei, informāciju par to vēlos saņemt: |
| **[ ]** personīgi Koledžā papīra formātā |  |
| **[ ]** elektroniski e-pastā |  |
|  |  |
| Pirms pārbaudījuma vēlos apmeklēt konsultācijas Koledžā: | **[ ]**  JĀ | **[ ]**  NĒ |
|  |  |
| Informāciju par pārbaudes rezultātiem vēlos saņemt: |
| **[ ]**  klātienē Koledžā |  |
| **[ ]**  pa tālruni |  |
| **[ ]**  elektroniski e-pastā |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datums: |  | Paraksts |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SAŅEMTS: |  |  |
| Datums: |  |  | Profesionālās atbilstības pārbaudes norises datums un laiks: |
| Vārds, uzvārds:  |  |  |
| Paraksts: |  |  |