

ESF+ projekts Nr. 4.1.2.5/1/23/I/001 “Ārstniecības personu piesaistes un noturēšanas pasākumi”

**PRETENDENTA PIETEIKUMS**

deleģēto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanā nodarbinātajiem

(NMPD, VADC, VTMEC)

|  |  |
| --- | --- |
| **Vārds, uzvārds:** |  |
| **Personas kods:** |  |
| **Tālrunis:** |  |
| **E-pasts:** |  |
| **Deklarētā dzīvesvietas adrese:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Atbalstāmā specialitāte** | **Reģistrācija** Ārstniecības personu reģistrā | **Sertifikāts**Ārstniecības personu reģistrā | **Pamatspecialitāte** |
| sertificēts ārsts | [ ]  | [ ]  |  |
| māsa | [ ]  | n/a | n/a |
| sertificēts ārsta palīgs | [ ]  | [ ]  | n/a |
|  |  |  |  |

1. Prioritārā (obligāti atzīmēt vismaz vienu) un ar šīm jomām saistītajās specialitātēs:

[ ]  sirds un asinsvadu slimības

[ ]  onkoloģija

[ ]  psihiskā veselība

[ ]  mātes un bērna veselības aprūpe

[ ]  retās slimības

[ ]  paliatīvā aprūpe

[ ]  medicīniskā rehabilitācija

1. Iegūtā izglītība:

[ ]  pamatizglītība

[ ]  vidējā izglītība

[ ]  augstākā izglītība

1. Pretendents pretendē uz vienreizējo kompensāciju par darbu valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu, darba līgums noslēgts vismaz **uz trīs gadiem** par normālā darba laiku neatkarīgi no darba laika organizācijas ārstniecības iestādē:

[ ]  jā

1. Atbalstāmās ārstniecības iestādes nosaukums, kur Pretendents strādās pēc kompensācijas saņemšanas:

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

1. Apliecinu, ka 23.08.2023 nestrādāju atbalstāmajā specialitātē atbalstāmajā ārstniecības iestādē.

[ ]  jā

1. Apliecinu, ka ESF projekts Nr.4.1.2.5/1/23/1/001 “Ārstniecības personu piesaistes un noturēšanas pasākumi” īstenošanas laikā jau neesmu saņēmis/-usi vienreizējo kompensāciju:

[ ]  jā

1. Apliecinu, ka neesmu saņēmis/-usi kompensāciju Eiropas Savienības struktūrfondu un Kohēzijas fonda 2014.-2020.gada plānošanas perioda darbības programmas “Izaugsme un nodarbinātība” prioritārā virziena “Sociālā iekļaušana un nabadzības apkarošanas”:
* 9.2.5 specifiskā atbalsts mērķa “Uzlabot pieejamību ārstniecības un ārstniecības atbalsta personām, kas sniedz pakalpojumu prioritārajās veselības jomās iedzīvotājiem, kas dzīvo ārpus Rīgas”;
* 9.2.7. specifiskā atbalsta mērķa “Atbalsts ārstniecības personām, kas nodrošina pacientu ārstēšanu sabiedrības krīžu situāciju novēršanai”.

 [ ]  jā

1. Atbildi par Darba grupas lēmumu lūgums nosūtīt uz šādu manu e-pasta adresi (obligāti norādīt):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ar šī pieteikuma parakstīšanu apliecinu, ka visa sniegtā informācija ir patiesa, un nepamatotu ziņu sniegšanā uzņemos pilnīgu atbildību. Piekrītu, ka mani personas dati (vārds, uzvārds, personas kods, deklarētā dzīves vietas adrese, tālruņa numurs, dati, kas saistīti ar darba vietu un darba līgumu) Projekta ietvaros tiks izmantoti informācijas pārbaudei saskaņā ar normatīvajiem aktiem par fizisku personu datu aizsardzību.

Datums skatāms laika zīmogā Pretendenta paraksts\*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ārstniecības iestāde** |  |

*(Ārstniecības iestādes nosaukums)*

**apliecina, ka \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

 *(Pretendenta vārds, uzvārds)*

1. [ ]  noslēgts darba līgums par valsts apmaksāto veselības aprūpes pakalpojumu sniegšanu pilna laika slodzē;
2. [ ]  ir noslēgts darba līgums atbalstāmajā specialitātē vismaz uz 3 (trīs) gadiem vai nenoteiktu laiku.
3. Veselības ministrija un Ārstniecības iestāde slēdz sadarbības līgumu.
4. Veselības ministrija, kompensācijas saņēmējs unārstniecības iestāde slēdz trīspusēju vai divpusēju (ja kompensācijas saņēmējs ir arī ārstniecības iestāde) līgumu par kompensācijas saņemšanu.

Ārstniecības iestādes paraksttiesīgā persona:

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

*(vārds, uzvārds) (paraksts\*)*