Veselības ministrijas

Eiropas Sociālā fonda Plus projekta Nr.4.1.2.6/1/24/I/001

“Izglītības iespēju nodrošināšana ārstniecībā

iesaistītajām personām”

vadītājai

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

*Vārds, Uzvārds, p.k. 000000-00000,*

*Adrese:*

*Tālruņa numurs:*

*e-pasta adrese:*

**DALĪBNIEKA PIETEIKUMS PIEREDZES APMAIŅAS PASĀKUMAM**

Lūdzu apstiprināt manu dalību pieredzes apmaiņas braucienam uz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Pieredzes apmaiņas pasākuma nosaukums)

kas notiks \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Norises vietas adrese, institūcijas nosaukums un datumi no-līdz)

un to vadīs \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (Eksperta pārstāvētās jomas nosaukums, zinātniskais grāds, ja ir, un vārds, uzvārds)

Dalības nepieciešamības pamatojums

Pielikumā:

1. Darba devēja rekomendācija;
2. Uzņemošās ārstniecības iestādes apliecinājums;
3. Dalībnieka reģistrācijas karte;
4. Rēķins (ja attiecināms).

**Apņemos pēc pieredzes apmaiņas brauciena divu nedēļu laikā iesniegt Veselības ministrijā atskaiti un dokumentu, kas apliecina dalību pieredzes apmaiņas pasākumā. Ja noteiktajā termiņā atskaite netiks iesniegta, piekrītu atmaksāt no Projekta kompensētos transporta, viesnīcas un apdrošināšanas izdevumus.**

Rīgā, dd.mm.gggg *Paraksts*