P A R A U G S

Veselības ministrijas

ESF projekta Nr.9.2.6.0/17/I/001

“Ārstniecības un ārstniecības atbalsta personāla

Kvalifikācijas uzlabošana”

Projekta vadītājai

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

*Ārstniecības iestādes nosaukums*

*Reģistrācijas nr.*

*Adrese*

*e-pasta adrese*

**PIETEIKUMS PIEREDZES APMAIŅAS PASĀKUMAM**

Lūdzu apstiprināt pieredzes apmaiņas pasākumu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(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)

Pieredzes apmaiņas pasākuma īsa anotācija

 Pieredzes apmaiņas pasākuma nepieciešamības pamatojums

Apliecinu, ka:

1. pieredzes apmaiņas dalībniekiem tiks izsniegts dokuments par profesionālās kompetences pilnveidi, norādot tālākizglītības punktu skaitu;
2. pēc pieredzes apmaiņas pasākuma nodrošināsim projekta vajadzībām nepieciešamās dokumentācijas (Dalībnieku reģistrācijas kartes un dalībnieku apmeklējuma uzskaites lapas) iesniegšanu.

Pielikums uz xx lappusēm:

1. Xxxxxxxx uz xx lappusēm;

Rīgā, dd.mm.gggg *Paraksts\**