

Reflektanta reģistrācijas numurs *(aizpilda Uzņemšanas komisija)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2024/ \_\_\_\_\_\_\_

***LU Rīgas 1. medicīnas koledžas Uzņemšanas komisijai***

|  |  |
| --- | --- |
| **Vārds, uzvārds** |  |
| **Personas kods** |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |
| **Dzimšanas datums (dd.mm.gggg.)** |  |
| **Deklarētās dzīves vietas adrese, pasta indekss** |  |
| **Tālruņa nr.** |  |
| **E-pasts** |  |

**Ziņas par iegūto izglītību:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ārsta palīga kvalifikācijas iegūšanas gads** |  |

**Izglītības līmenis: vidējā profesionālā īsā cikla (1.līmeņa) profesionālā augstākā**

***P I E T E I K U M S***

*Lūdzu reģistrēt mani profesionālās pilnveides izglītības programmā* **Ambulatorā dienesta ārsta palīga darbība.**

**Mācību laikā vieta dienesta viesnīcā: ir vajadzīga nav vajadzīga**

**Saskaņā ar uzņemšanas noteikumiem pievienoju šādus dokumentus** ***(aizpilda Uzņemšanas komisija)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Uzrāda oriģinālu  | Iesniedz kopiju |
| Diploms par iegūtu ārsta palīga/feldšera kvalifikāciju |  |  |
| Sekmju izraksts (ja iegūta vidējā profesionālā izglītība) |  |  |
| Fotokartiņa  |  |  |
| Dokuments, kas apliecina uzvārda maiņu |  |  |
| Reģistrācijas maksas apliecinājums |  |  |

*Pamatojoties uz Fizisko personas datu aizsardzības likuma 8.panta pirmo daļu, LU Rīgas 1.medicīnas koledža informē, ka Jūsu pieteikuma dokumentos norādītie personas dati tiks apstrādāti, lai nodrošinātu konkursa norisi un iepriekš minētās jūsu personas datu apstrādes pārzinis ir LU Rīgas 1.medicīnas koledža. Dati apstrāde, izmantošana notiek atbilstoši normatīvo aktu prasībām.*

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