**PARAUGS**

**Veselības inspekcijai**

E-adresē;

vi@vi.gov.lv

Klijānu ielā 7, Rīgā, LV-1012

APLIECINĀJUMS

(vietas nosaukums)

Es, (Vārds, Uzvārds, p.k.), uzsākot darba tiesiskās attiecības (ĀI nosaukums, kods) apņemos apgūt licencētas profesionālās pilnveides izglītības programmu pacientu datu aizsardzības jautājumos (vismaz astoņu stundu apjomā) līdz dd.mm.gggg. un iegūto profesionālās pilnveides izglītības dokumentu iesniegt Veselības inspekcijā.

……………… ................................................

Datums\* ( Vārds Uzvārds)\*

Piezīme. \* Neaizpilda, ja elektroniskais dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.