PATVIRTINTA

Lietuvos Respublikos

sveikatos apsaugos ministro

2019 m. vasario 28 d. įsakymu Nr. V-281

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *(vardas, pavardė)* |
|  |  |
|  |  |
| *(adresas korespondencijai, el. paštas, telefonas)* |

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos kuravimo sričiai priskirtų trečiųjų šalių piliečiųprofesinės kvalifikacijos vertinimo komisijai

**PARAIŠKA**

**DĖL LIETUVOS RESPUBLIKOS SVEIKATOS APSAUGOS MINISTERIJOS KURAVIMO SRIČIAI PRISKIRTŲ TREČIŲJŲ ŠALIŲ PILIEČIŲ PROFESINĖS KVALIFIKACIJOS VERTINIMO IR PRIPAŽINIMO**

20 m. d.

**1. Duomenys apie paraiškos teikimą**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Paraiška teikiama pirmą kartą |  | Pakartotinai teikiama paraiška |  |
| Prašau įvertinti ir pripažinti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_profesinę kvalifikaciją.Prašymo įvertinti ir pripažinti profesinę kvalifikaciją priežastis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**2. Pareiškėjo duomenys** |
|  |
| Asmens kodas |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Paso serija, numeris |  |
| arba asmens tapatybės kortelės numeris |  |  |  |  |
|  |
| Kito dokumento, leidžiančio gyventi |  |  |  |  |
| Lietuvos Respublikoje, numeris |  |  |  |  |
|  |
| Išdavimo data |  |  |  |  | m. |  |  | mėn. |  |  | d |
| Buvusioji (-ysis) arba antroji (-asis) pavardė, vardas

|  |
| --- |
|  |

*(jei nesutampa su nurodyta dokumentuose)***3. Duomenys apie pareiškėjo įgytą išsilavinimą ir profesinę kvalifikaciją**\

|  |  |
| --- | --- |
| Mokslo įstaigos pavadinimas |  |

Formalią kvalifikaciją įrodančio dokumento Nr.

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Išdavimo data |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Įstojimo į mokslo  |  |  |  |  |  |  |  |  |

įstaigą data

|  |  |
| --- | --- |
| Įgyta specialybė arba profesinė kvalifikacija |  |
|  |
| **4. Pareiškėjo profesinė patirtis** |
|  |
| Bendras farmacinio darbo stažas | …………metai (-ų) |
|  |
| Farmacinio darbo per paskutinius 5 metus stažas | ………… metai (-ų) |
|  |

**5.** Aš, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(pareiškėjo arba įgalioto asmens vardas ir pavardė)*

patvirtinu, kad šioje paraiškoje pateikti duomenys yra teisingi.

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

*(parašas)*