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)*