|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
|  | *(iesniedzēja vārds, uzvārds)* | | | |
|  |  | | | |
|  | *(personas kods)* | | | |
|  |  | | | |
|  | *(dzīvesvietas adrese)*  *Kontaktinformācija saziņai:* | | | |
|  |  | / |  | |
|  | *(tālrunis)* |  | | *(elektroniskā pasta adrese)* |

**IESNIEGUMS**

*par pašvaldības stipendijas piešķiršanu*

**Valmieras novada pašvaldības**

**Sociālo lietu pārvaldei**

Lūdzu piešķirt man pašvaldības stipendiju kā rezidentam, kurš apgūst ģimenes (vispārējās prakses) ārsta specialitāti.

|  |  |
| --- | --- |
| Iegūstamā specialitāte: |  |
| Studiju programmas nosaukums: |  |
| Augstākās izglītības iestāde un fakultāte: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pielikumā: |  |
| □ | izziņa no izglītības iestādes, kurā norādīts studiju fakts, apgūstamā specialitāte, rezidentūras uzsākšanas un beigu termiņš; |
| □ | darba līgums ar ārstniecības iestādi (ģimenes ārsta praksi) vai cits dokuments, kas apliecina darba vai citu līgumattiecību nodibināšanu ar stipendiātu studiju laikā pašvaldības administratīvajā teritorijā; |
| □ | apliecinājums par ģimenes ārsta prakses izveidošanu vai ģimenes ārsta pakalpojumu nodrošināšanu pašvaldības administratīvajā teritorijā vismaz trīs gadus pēc studiju programmas pabeigšanas. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20 |  | .gada |  | . |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | (iesniedzēja paraksts)\* |

\* Dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.

**APLIECINĀJUMS**

|  |  |
| --- | --- |
| Es, |  |
|  | *(vārds, uzvārds, personas kods)* |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

ar savu parakstu apliecinu, ka esmu iepazinusies/-ies ar visu informāciju, kas attiecas uz Valmieras novada pašvaldības stipendijas piešķiršanas kārtību rezidentiem, kuri apgūst ģimenes (vispārējās prakses) ārsta specialitāti. Stipendijas piešķiršanas gadījumā pēc kvalifikācijas iegūšanas, apņemos turpināt darbu ģimenes ārsta praksē ar kuru noslēgts darba līgums vai uzsākt privātpraksi, nodrošinot savas specialitātes pakalpojumu pieejamību Valmieras novada pašvaldības administratīvajā teritorijā, vismaz trīs gadus pēc kārtas, pēc studiju programmas pabeigšanas. Minēto saistību neizpildes gadījumā, apņemos atmaksāt pašvaldības budžetā man izmaksāto stipendiju.

|  |  |
| --- | --- |
| Vārds, uzvārds |  |

20\_\_\_.gada \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(paraksts)\**

\* Dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.