

Profesionālās pilnveides izglītības programma

**Darba aizsardzības pamatlīmeņa zināšanu izglītības programma” (60 stundas)**

**23.01.2019.-17.04.2019. Grupas numurs: 20 – 19.**

Izglītības programmas kods: 20 P 862 00 1

Izglītības programmas licences Nr. P – 16533

Izglītības programmas akreditācijas Nr. AI 6191

## **PRAKSE**

***PRAKSES DARBA PIELIKUMS Nr.5***

### **OBLIGĀTĀS VESELĪBAS PĀRBAUDES KARTE**

#### **I. Norīkojums uz obligāto veselības pārbaudi**

(ārstniecības iestādes nosaukums) (norāda, ja nepieciešams)

1. Darba devējs (nosaukums, adrese, tālrunis) \_\_\_\_\_

2. Personas vārds, uzvārds \_\_\_\_\_

3. Personas kods \_\_\_\_\_

4. Dzīvesvieta \_\_\_\_\_

5. Profesija \_\_\_\_\_

6. Veselībai kaitīgie darba vides faktori \_\_\_\_\_

(saskaņā ar Ministru kabineta 2009.gada 10.marta noteikumu Nr.219 „Kārtība, kādā veicama obligātā veselības pārbaude” 1.pielikuma punktu)

7. Īpašie darba apstākļi \_\_\_\_\_

(saskaņā ar Ministru kabineta 2009.gada 10.marta noteikumu Nr.219 „Kārtība, kādā veicama obligātā veselības pārbaude” 2.pielikuma punktu)

8. Darba stāžs šīs kartes 6.punktā minētajos veselībai kaitīgajos darba vides apstākļos \_\_\_\_\_

(gadi, mēneši)

9. Darba stāžs šīs kartes 7.punktā minētajos īpašajos darba apstākļos \_\_\_\_\_

(gadi, mēneši)

10. \_\_\_\_\_ tiek norīkots (-a) uz šādu obligāto veselības pārbaudi (atbilstošo pasvītrot):

(vārds, uzvārds)

10.1. pirmreizējo veselības pārbaudi ;

10.2. ārpuskārtas veselības pārbaudi (iemesls ..... );

10.3. periodisko veselības pārbaudi.

Darba devējs vai viņa pilnvarota persona

Amats \_\_\_\_\_

Paraksts un tā atšifrējums \_\_\_\_\_

Datums \_\_\_\_\_

Zīmogs \_\_\_\_\_

## II. Atzinums par personas veselības stāvokļa atbilstību veicamajam darbam

11. Personas veselības stāvokļa novērtējums (atbilstošo pasvītrot):

- 11.1. veselības stāvoklis atbilst veicamajam darbam;
- 11.2. veselības stāvoklis neatbilst veicamajam darbam;
- 11.3. konstatētas arodslimības pazīmes.

12. Īpašas piezīmes un ieteikumi darba devējam

---

---

---

---

---

Arodslimībās sertificēts ārsts

Paraksts un tā atšifrējums

Datums

Ārstniecības iestādes zīmogs

## III. Darba devēja veiktie pasākumi atbilstoši obligātās veselības pārbaudes atzinumā norādītajam

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Darba devējs vai viņa pilnvarota persona

Amats

Paraksts un tā atšifrējums

Datums

Zīmogs