

Pieteikums LSAS sertifikācijas komisijai SPA speciālista sertifikācijai

Lūdzu izskatīt manus profesionālas izglītības dokumentus SPA speciālista sertifikāta piešķiršanai.

I. Personas dati

Vārds (vārdi)	
Uzvārds	
Personas kods	
Deklarētās dzīvesvietas adrese	
Tālruņa numurs	
Elektroniskā pasta adrese	
Kopējais darba stāžs profesijā (specialitātē)	

2. Iesniegtie SPA speciālista izglītību apliecinājoši dokumenti*:

Izsniegšanas datums	Dokumentu izsniedzējs	Dokumenta nosaukums un īss saturs

* Iesniedzot dokumentu kopijas ir nepieciešams uzradīt oriģinālus.

3. Informācija par darba vietu (vietām) SPA speciālista profesijā piecu pēdējo gadu laikā:

Darba vietas nosaukums _____

darba attiecības no _____ līdz _____
(datums) (datums)

Darba vietas nosaukums _____

darba attiecības no _____ līdz _____
(datums) (datums)

Darba vietas nosaukums _____

darba attiecības no _____ līdz _____
(datums) (datums)

Datums _____

Sertificējamās personas paraksts _____

Pieņemts: _____ (datums)

Reģ.numurs: _____

Atbildīgā persona: _____ (vārds, uzvārds, paraksts)

Atbildīgā iestāde _____