**უფლებამოსილი ექიმის შერჩევაში მონაწილეობის**

 **განაცხადი**

1. **გთხოვთ, წარმოდგენილი განაცხადისა და თანდართული დოკუმენტების საფუძველზე, გამიწიოთ ქვემოთ აღნიშნული მომსახურეობა** (აღნიშნეთ ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი):

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ | უფლებამოსილი ექიმის შერჩევაში მონაწილეობა  |
| ❒ | უფლებამოსილი ექიმის სერტიფიკატის განახლება  |
| ❒ | უფლებამოსილი ექიმის შეჩერებული სერტიფიკატის აღდგენა  |

1. **ექიმის პირადი მონაცემები:**

|  |  |
| --- | --- |
| სახელი და გვარი: |  |
| პირადი №: |  |  | **ფოტო** |
| სქესი, მოქალაქეობა: | ❑ ❑ მამრ მდედ |
| დაბადების თარიღი: |  |
| ფაქტიური მისამართი: |  |
| საკონტაქტო ტელეფონი: |  |
| ელექტრონული ფოსტა: |  |

1. **მონაცემები მიღებული უმაღლესი სამედიცინო განათლების შესახებ:**

საგანმანათლებლო დაწესებულების დასახელება:

კვალიფიკაცია:

სწავლების პერიოდი (დაწყებისა და დასრულების წლები):

განათლების დამადასტურებელი საბუთის ნომერი:

განათლების დამადასტურებელი საბუთის გაცემის თარიღი:

1. **საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ გაცემული სახელმწიფო სერტიფიკატის მონაცემები:**

სერტიფიკატის N: გაცემის თარიღი:

სპეციალობა: ❑ შინაგანი მედიცინა; ❑ საოჯახო მედიცინა;

1. **ინფორმაცია დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის შესახებ (ბოლო ხუთი წლის განმავლობაში).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| პერიოდიდანიშვნა - დათხოვნა | დაწესებულება  | დაკავებული თანამდებობა და სპეციალობა |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**მათ შორის მეზღვაურთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასების და სამედიცინო მოწმობის გაცემასთან დაკავშირებულ  სფეროში მუშაობის ერთი წლის სტაჟი:**

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

**ან/და, გემზე ექიმად მუშაობის ერთწლიანი სტაჟი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| გემის სახელი და IMO ნომერი |  გემის ტიპი  | მიწერის პორტი | ნაოსნობის პერიოდი | სრული სტაჟი (თვე, დღე) |
| დანიშვნა  | დათხოვნა |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ან/და** | **დიახ** | **არა** |
| * შესაბამისი სუბსპეციალობის მოწმობა საზღვაო მედიცინაში
 | ❑ | ❑ |
| * გავლილი აქვს უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამა
 | ❑ | ❑ |
|  |

1. **სამედიცინო დაწესებულების მონაცემები, რომელშიც** ❑**დასაქმებულია /** ❑ **დასაქმდება ექიმი:**

დასახელება:

საიდენტიფიკაციო კოდი:

ხელმძღვანელი პირის შესახებ ინფორმაცია:

 სახელი, გვარი, საკონტაქტო ნომერი

1. **განაცხადს თან ახლავს შემდეგი დოკუმენტაცია:**

|  |  |
| --- | --- |
| ❒ | პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის ასლი; |
| ❒ | უმაღლესი სამედიცინო განათლების დამადასტურებელი დიპლომის ასლი; |
| ❒ | საექიმო საქმიანობის უფლების დამადასტურებელი სახელმწიფო სერტიფიკატის ასლი; |
| ❒ | განაცხადის მე-5 პუნქტში აღნიშნული სტაჟის დამადასტურებელი დოკუმენტი(ები);  |
| ❒ | შერჩევაში მონაწილე ექიმის ხელმოწერის ნოტარიულად დამოწმებული ნიმუში (2 ეგზ.); |
| ❒ | შერჩევაში მონაწილე ექიმის ბეჭდის ნოტარიულად დამოწმებული ნიმუში (2 ეგზ.); |
| ❒ | საფასურის გადახდის დამადასტურებელი ქვითარი ლარის ოდენობის. |

1. **მე, ხელისმომწერი ვადასტურებ შემდეგ ინფორმაციას:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **დიახ** | **არა** |
| * გაცნობილი ვარ შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულების ხარისხის სახელმძღვანელოს.
 | ❑ | ❑ |
| * გაცნობილი ვარ მეზღვაურთა ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებულ საქართველოს კანონმდებლობას და საერთაშორისო რეგულაციებს.
 | ❑ | ❑ |
| * ვარ პროფესიულად და ფინანსურად დამოუკიდებელი მეზღვაურისა და მეზღვაურთა დამსაქმებელი ორგანიზაციებისაგან.
 | ❑ | ❑ |
| * პასუხს ვაგებ მეზღვაურის ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონფიდენციალობაზე;
 | ❑ | ❑ |
| * სააგენტოს მიერ ჩატარებული პერიოდული მონიტორინგის დროს მზად ვარ წარვუდგინო კომისიას კანონმდებლობით გათვალისწინებული ინფორმაცია და დოკუმენტები.
 | ❑ | ❑ |
| * ჯანმრთელობის ცნობის გაცემისას გავითვალისწინებ მეზღვაურის ცურვის რაიონის, საცხოვრებელი პირობების და საქმიანობის სფეროს სპეციფიკას.
 | ❑ | ❑ |
| * პასუხს ვაგებ, ჩემს მიერ მეზღვაურის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისა და გაცემული სამედიცინო მოწმობის სისწორეზე.
 | ❑ | ❑ |
| * პასუხს ვაგებ, შევასრულო „მეზღვაურთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შეფასებისა და შესაბამისი მეზღვაურის სამედიცინო მოწმობის გაცემაზე უფლებამოსილი სამედიცინო დაწესებულებისა და უფლებამოსილი ექიმის შერჩევის და პერიოდული მონიტორინგის წესისა და პირობების“ მე-8 მუხლის მე-2 პუნქტით გათვალისწინებული ვალდებულებები.
 | ❑ | ❑ |

ექიმის ხელმოწერა:

სახელი გვარი: თარიღი: