***Pielikums Nr.1***

**LPB Sertifikācijas un resertifikācijas** **komisijai 2025. gada 6. aprīlis**

**Rekomendācija sertifikācijai**

Dalīborganizācijas apliecinājums par sertifikācijas pretendenta iegūto izglītības un kvalifikācijas atbilstību LPB noteiktajām psihoterapeita (psihoterapijas speciālista) sertifikācijas prasībām.

|  |  |
| --- | --- |
| Dalīborganizācija | **Virziena biedrības nosaukums** |
|  |  |
| Vārds | **Vārds** |
| Uzvārds | **Uzvārds** |
| Psihoterapijas mācību iestāde | **Psihoterapijas māc. iestāde** |
| Mācību sākums | **Mācības uzsāktas** |
| Mācību beigas | **Mācības pabeigtas** |
| Mācību ilgums | **Kopējais mācību ilgums** (stundas) |
| Piešķirtā kvalifikācija | **Kvalifikācija** |

Pretendents praktizē pārstāvētā psihoterapijas virziena ietvaros.

Lūdzam piešķirt **vārdam uzvārdam** LPB psihoterapeita (psihoterapijas speciālista) sertifikātu uz diviem gadiem.

**Dalīborganizācijas** pārstāvji

amats vārds uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

amats vārds uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

amats vārds uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOKUMENTS IR PARAKSTĪTS AR DROŠU ELEKTRONISKO PARAKSTU UN SATUR LAIKA ZĪMOGU