2. pielikums

Ministru kabineta

2017. gada 21. novembra

noteikumiem Nr. 686

**Norīkojums uz patvēruma meklētāja veselības stāvokļa pārbaudi**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(iestādes nosaukums)

norīko patvēruma meklētāju veselības stāvokļa pārbaudei:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Uzvārds |  | |
| 2. | Vārds (vārdi) |  | |
| 3. | Valstiskā piederība un tās veids |  | |
| 4. | Dzimšanas datums | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | . |  | . |  |  |  | . |   (diena) (mēnesis) (gads) | |
| 5. | Dzimums | http://www.vestnesis.lv/wwwraksti/BILDES/KVADRATS.GIF Vīrietis http://www.vestnesis.lv/wwwraksti/BILDES/KVADRATS.GIF Sieviete | |
| 6. | Patvēruma meklētāja personas dokumenta numurs, izdošanas vieta un datums | |  |
| 7. | Valsts, kurā ir dzimis | |  |
| 8. | Valsts, no kuras ieradies | |  |
| 9. | Datums, kad pametis izcelsmes valsti | |  |
| 10. | Valstis, kuras jau ir šķērsojis | | 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 11. | Datums, kad ir ieradies Eiropas Savienībā | |  |
| 12. | Datums, kad ir ieradies Latvijas Republikā | |  |

Amatpersona, kura izdeva norīkojumu:

Amats\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vārds, uzvārds, paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tālrunis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esmu informēts, ka patvēruma meklētāja veselības stāvokļa pārbaude jāveic un apliecinājums par to jāiesniedz Pilsonības un migrācijas lietu pārvaldē līdz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(datums)

Patvēruma meklētāja vārds, uzvārds, paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apliecinu, ka patvēruma meklētājam ir veikta veselības stāvokļa pārbaude.

Ārsta vārds, uzvārds, paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tālrunis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ārstniecības iestādes zīmogs