

(Pielikums MK 13.05.2021. noteikumu Nr. 307 redakcijā)

APLIECINĀJUMS PAR PERSONAS VAKCINĀCIJU PRET COVID-19
CERTIFICATE OF VACCINATION AGAINST COVID-19 IN LATVIA

VĀRDS, UZVĀRDS

NAME, SURNAME _____

DZIMŠANAS DATUMS (dd/mm/gggg)

DATE OF BIRTH (dd/mm/yyyy) ____/____/____

LV PERSONAS KODS

LV PERSONAL CODE _____-_____

VAKCĪNAS NOSAUKUMS

NAME OF VACCINE _____

VAKCĪNAS SĒRIJAS NR.

SERIAL NUMBER _____

VAKCINĀCIJAS STATUSS

UZSĀKTA

PABEIGTA

STATUS IN VACCINATION

STARTED

COMPLETED

VAKCINĀCIJAS DATUMS (dd/mm/gggg)

DATE OF VACCINATION (dd/mm/yyyy)

1. DEVA

1st DOSE ____/____/____

2. DEVA

2nd DOSE ____/____/____ **(ja ir nepieciešama 2. deva)**

(when 2nd dose is required)

APLIECINĀJUMA IZSNIEGŠANAS DATUMS (dd/mm/gggg)

CERTIFICATE ISSUE DATE (dd/mm/yyyy) ____/____/____

ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDES NOSAUKUMS

NAME OF HEALTHCARE INSTITUTION _____

ĀRSTNIECĪBAS PERSONA

HEALTHCARE PROVIDER _____

(specialitāte, vārds, uzvārds)

(speciality, name, surname)

(paraksts)

(signature)

Ārstniecības iestāde var papildināt veidlapu ar citu nepieciešamo informāciju.

The healthcare institution may supplement the form with other necessary information.