Pielikums Nr.1

Ludzas novada pašvaldības Pedagoģiski medicīniskās komisijas nolikumam

Nr.20 . /\_\_\_\_\_\_

**Ludzas novada** **pašvaldības Pedagoģiski medicīniskajai komisijai**

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

vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja,

ja bērns ievietots audžuģimenē, **vārds, uzvārds, personas kods**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(mājas adrese, tālrunis,)

e-pasts

**IESNIEGUMS**

Lūdzu izvērtēt mana dēla/meitas intelektuālās spējas un mācīšanās grūtību iemeslus pedagoģiski medicīniskajā komisijā. Apliecinu, ka vecāki (aizbildņi, bāriņtiesa) piekrīt izglītojamā intelektuālo spēju un mācīšanās grūtību iemeslu izvērtēšanai komisijā.

Esmu informēts/a un piekrītu, ka:

-šajā iesniegumā minēto, kā arī komisijai iesniegtajos dokumentos norādīto personas datu apstrāde notiek Ministru kabineta 2012.gada 16.oktobra noteikumu Nr.709 “Noteikumi par pedagoģiski medicīniskajām komisijām” 2.punktā noteiktā komisijas atzinuma sagatavošanas nolūkā;

-personas datu apstrādes pārzinis ir Ludzas novada pašvaldība (adrese: Raiņa iela 16, Ludza, LV-15701, tālrunis:  65707400, e-pasts: pasts@ludzasnovads.lv);

-personas dati tiks glabāti 75 gadus;

-man ir tiesības piekļūt saviem un bērna personas datiem un prasīt neprecīzu vai nepilnīgu datu labošanu vai dzēšanu, vai apstrādes ierobežošanu, kā arī tiesības iebilst pret nepamatotu datu apstrādi;

- man ir tiesības iesniegt sūdzību Datu valsts inspekcijā par personas datu aizsardzības noteikumu pārkāpumu.

**Sniedzu ziņas par izglītojamo:**

Izglītojamā vārds, uzvārds

Izglītojamā personas kods

Izglītojamā dzīvesvietas adrese

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Izglītības iestādes nosaukums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Klase (grupa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:** |  |  |  |  |  |  |  |

Izglītības iestādes informācija par izglītojamo 20\_\_. g. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uz \_\_\_\_\_ lp.

Psihologa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ .g. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atzinums uz \_\_\_\_\_ lp.

vārds, uzvārds

Logopēda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ .g. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atzinums uz \_\_\_\_\_ lp.

vārds, uzvārds

Psihiatra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ .g. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atzinums uz \_\_\_\_\_ lp.

vārds, uzvārds

Ārsta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ .g. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atzinums uz \_\_\_\_\_ lp.

vārds, uzvārds

Ģimenes ārsta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ .g. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atzinums uz \_\_\_\_\_ lp.

vārds, uzvārds

Vecāku (aizbildņu) vai bāriņtiesas pārstāvja:

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

(paraksts, datums) (vārds, uzvārds)

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Atzinumu saņēmu:**

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

(paraksts, datums) (vārds, uzvārds)