Pielikums Nr.1

202\_\_. \_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pedagoģiski medicīniskajai komisijai

 (valsts vai pašvaldības)

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

 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 Valsts izglītības satura centrs (adrese: Vaļņu iela 2, Rīga, LV-1050, tālrunis: 67216500, fakss: 67223801, e-pasts: visc@visc.gov.lv);

-personas dati tiks glabāti pastāvīgi,

-man ir tiesības iepazīties ar izglītojamā personas datiem un prasīt neprecīzu vai nepilnīgu datu labošanu vai dzēšanu, vai apstrādes ierobežošanu attiecībā uz izglītojamo, vai 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:**

Skolas 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/konsultāciju saņēmu:**

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

 (paraksts datums) (vārds, uzvārds)