
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 saņēmumu: