

Nr.

Valkas novada pedagoģiski medicīniskajai komisijai

vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja,
ja bērns ievietots audžuģimenē, *vārds, uzvārds, personas kods*

(mājas adrese)

tālruna nr. _____

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 mācīšanas 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 Valkas novada pašvaldības Izglītības, kultūras un sporta nodaļa (adrese: Semināra iela 9, Valka, Valkas nov., LV 4701), kas nodod datus Valsts un pašvaldības pedagoģiski medicīnisko komisiju informācijas sistēmai. Tās pārzinis un turētājs ir Valsts izglītības satura centrs (Vaļņu iela 2, Rīga, LV 1050)
- personas dati tiek 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

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:

(paraksts, datums)

(vārds, uzvārds)