Nr.

**Valkas novada** **pedagoģiski medicīniskajai komisijai**

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

vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja,

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

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

(mājas adrese)

tālruņa 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 pašvaldība (adrese: Beverīnas iela 3, 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 (adrese 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 saņēmu:**

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

(paraksts, datums) (vārds, uzvārds)