Nr.2020 Smiltenes novada 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 Valsts izglītības satura centrs (adrese: Vaļņu iela 2, Rīga, LV-1050, tālrunis: 67216500, fakss: 67223801, e-pasts: [visc@visc.gov.lv)](mailto: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:**