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

*/ vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja, ja bērns ievietots audžuģimenē, pilngadīga izglītojamā vārds, uzvārds/*

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

*/ personas kods /*

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

*/ adrese /*

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

*/ tālruņa numurs, elektroniskā pasta adrese* */*

**IESNIEGUMS**

Jēkabpilī

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| */datums /* |

**JĒKABPILS NOVADA PAŠVALDĪBAI**

**Jēkabpils novada Izglītības pārvaldei**

Pedagoģiski medicīniskajai komisijai

Lūdzu izvērtēt mana dēla/meitas, manas (pilngadīga izglītojamā) *(vajadzīgo pasvītrot)* intelektuālās spējas un mācīšanās grūtību iemeslu Jēkabpils novada pedagoģiski medicīniskajā komisijā. Apliecinu, ka vecāki (aizbildņi, bāriņtiesa, pilngadīgs izglītojamais) piekrīt izglītojamā intelektuālo spēju un mācīšanās grūtību iemeslu izvērtēšanai komisijā.

**Sniedzu ziņas par izglītojamo/par sevi** (pilngadīgs izglītojamais):

Izglītojamā vārds, uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izglītojamā personas kods \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izglītojamā deklarētā/faktiskā dzīvesvieta\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Izglītības iestādes nosaukums \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klase (grupa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esmu informēts/a un piekrītu, ka:

-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.

Pielikumā: Pievienoto dokumentu saraksts uz \_\_\_\_ lp.

* Piekrītu, ka informācija par manu bērnu/ par mani (pilngadīgs izglītojamais) tiek nodota Valmieras vājdzirdīgo bērnu internātvidusskolai – attīstības centram vai Strazdumuižas internātvidusskolai – attīstības centram vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem *(vajadzīgo pasvītrot)*.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Iesniegto personas datu pārzinis ir Jēkabpils novada Izglītības pārvalde, Draudzības aleja 26, Jēkabpils, LV 5201, tālrunis 20371543, e-pasts [sarmite.safronova@edu.lv](mailto:sarmite.safronova@edu.lv), datu apstrādes mērķis – izvērtēt izglītojamā intelektuālās spējas un mācīšanās grūtību iemeslu, pamatojums Ministru kabineta 2012.gada 16.oktobra noteikumu Nr.709 “Noteikumi par pedagoģiski medicīniskajām komisijām” 3.punkts noteiktā komisijas atzinuma sagatavošanas nolūkā. Datu subjektam ir tiesības piekļūt saviem datiem, iesniegt pieprasījumu, izdarīt tajos labojumus saskaņā ar Vispārīgo datu aizsardzības regulu. Iegūtie personas dati var tikt nodoti valsts pārvaldes iestādēm, to normatīvajos aktos noteikto pienākumu veikšanai.

KOMISIJAI IESNIEGTO DOKUMENTU SARAKSTS:

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 1. Izglītības iestādes informācija par izglītojamo 20\_\_.gada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_uz \_\_\_\_\_lp. |
| □ | 2. Psihologa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_.gada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_atzinums uz \_\_ lp.  *vārds, uzvārds* |
| □ | 3. Logopēda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_.gada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_atzinums uz \_\_ lp.  *vārds, uzvārds* |
| □ | 4. Ārsta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_.gada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_atzinums uz \_\_ lp.  *vārds, uzvārds* |
| □ | 5. Psihiatra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_.gada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_atzinums uz \_\_ lp.  *vārds, uzvārds* |
| □ | 6. Ģimenes ārsta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_.gada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_atzinums uz \_\_ lp.  *vārds, uzvārds* |
| □ | 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_uz \_\_ lp. |
| □ | 8.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_uz \_\_ lp. |

Vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja, pilngadīgā izglītojamā:

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

( paraksts, datums) ( vārds, uzvārds)