

Ventspils pilsētas pašvaldības pedagoģiski medicīniskajai komisijai Nr. ____ / ____ / ____

vārds, uzvārds

Tālrunis

IESNIEGUMS

Lūdzu izvērtēt mana dēla (meitas) intelektuālās spējas un mācīšanās grūtību iemeslus pedagoģiski medicīniskajā 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 nolīkā; -personas datu apstrādes pārziņis ir Valsts izglītības saturu 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

Gimenes ārsta _____ 20 ____ .g. _____ atzinums uz ____ lp.
vārds, uzvārds

Vecāku (aizbildņu) vai bāriņtiesas pārstāvis:

datums

paraksts

vārds, uzvārds

Atzinumu saņēmu:

datums

paraksts

vārds, uzvārds