

## KANDAVAS NOVADA SOCIĀLAIS DIENESTS

Atļauts izmaksāt steidzamā kārtā: \_\_\_\_\_

SD direktors: \_\_\_\_\_

Lēmums: \_\_\_\_\_

Protokols: \_\_\_\_\_

Datums: " \_\_\_\_\_ "

\_\_\_\_\_ 201\_\_.

g

Paraksts: \_\_\_\_\_

IESNIEDZĒJS: \_\_\_\_\_

p.k. \_\_\_\_\_

ADRESE: \_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_

### IESNIEGUMS

\_\_\_\_\_ 201 \_\_.g.

*Piekrītu, ka manam(i)dēlam(meitai)* \_\_\_\_\_,

*personas kods \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, tiek veikta psiholoģiskā izpēte. Lūdzu apmaksāt manam*

*(i) dēlam (meitai) \_\_\_\_\_, psiholoģisko izpēti, lai rezultātus*

*iesniegtu medicīniski pedagoģiskai komisijai. Piekrītu, ka rezultāti tiek iesniegti*

*pēc adresāta.*

Pielikumā dokumenti: \_\_\_\_\_

Paraksts: \_\_\_\_\_

Es, \_\_\_\_\_, p.k. \_\_\_\_\_,

piekrītu, ka Kandavas novada domes pašvaldības aģentūra "Kandavas novada sociālais dienests" veiks manu personas datu apstrādi saskaņā ar man nepieciešamo sociālo pakalpojumu/sociālās palīdzības nodrošināšanu, ievērojot Kandavas novada pašvaldības personas datu apstrādes aizsardzības politiku un normatīvo aktu prasības, kā arī piekrītu mana nepilngadīgā bērna \_\_\_\_\_ personas datu apstrādei minētā sakarā.

Datums: \_\_\_\_\_

Paraksts: \_\_\_\_\_