

KANDAVAS NOVADA SOCIĀLAIS DIENESTS

Atļauts izmaksāt steidzamā kārtā: _____

SD direktors: _____

Lēmums: _____

Protokols: _____

Datums: " " _____

201__ . g

Paraksts: _____

IESNIEDZĒJS: _____

p.k. _____

ADRESE: _____

tel.: _____

IESNIEGUMS

_____ 201 __.g.

Lūdzu piešķirt Rehabilitācijas nodaļas (fizioterapeita, ergoterapeita,

logopēda, speciālā pedagoga) pakalpojumu, konsultāciju.

Pielikumā dokuments: _____

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.

Datums: _____

Paraksts: _____