**ĶEKAVAS NOVADA SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

 Pakalpojuma sniedzējs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Tālruņa Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 E-pasta adrese: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IESNIEGUMS**

Apliecinu, ka nodrošināšu aprūpes pakalpojumu bērnam ar invaliditāti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(vārds, uzvārds, personas kods)*

 līgumā paredzētājā apjomā.

[ ]  man ir darba vai personīgā pieredze saskarsmē ar personu ar invaliditāti/bērnu ar īpašām vajadzībām

[ ]  neesmu bērna pirmās pakāpes radinieks

Lūdzu atlīdzību par pakalpojuma sniegšanu ieskaitīt bankas kontā:

Uzvārds, vārds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Personas kods: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Konts:

Pakalpojumu sniegšu kā:

[ ] pašnodarbināta persona

[ ]  darbinieks

Esmu informēts, ka mana personas datu apstrāde (savus un savas ģimenes locekļu datus valsts un pašvaldības pieejamos datu reģistros) tiks veikta, ievērojot Eiropas Komisijas regulas 2016/679 "Par fizisku personu aizsardzību attiecībā uz personas datu apstrādi un šādu datu brīvu apriti un ar ko atceļ Direktīvu 95/46/EK" (Vispārīgā datu aizsardzības regula) prasības un dati tiks apstrādāti tādā apjomā, kāds nepieciešams iesniegumā pieprasītās informācijas izskatīšanai.

Parakstot šo iesniegumu, apliecinu, ka sniegtā informācija ir patiesa.

Iesnieguma sastādīšanas datums un vieta \*Datums skatāms laika zīmogā

Iesniedzēja paraksts \*(paraksts)