Pielikums Nr.99

APSTIPRINĀTS

ar Ķekavas novada sociālā dienesta

vadītājas A.Mences-Katkevičas

{{PIRMEPARDATUMS}} rīkojumu Nr. {{DOKREGNUMURS}}

**ĶEKAVAS NOVADA SOCIĀLAJAM DIENESTAM**

 Iesniedzējs

 Personas kods

 Adrese

 Tālruņa nr.

 E-pasta adrese

**IESNIEGUMS**

 Lūdzu piešķirt sociālās rehabilitācijas pakalpojumus bērnam ar invaliditāti:

[ ]  Ergoterapeita konsultācijas

[ ]  Fizioterapeita konsultācijas

[ ]  Psihologa konsultācijas

Pielikumā dokumenti: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lēmumu par pakalpojuma piešķiršanu vēlos saņemt:

[ ]  e-adresē

[ ]  e-pastā

[ ]  Ķekavas novada sociālajā dienestā

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.

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

*datums iesniedzēja paraksts*