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*