*1.pielikums*

*Ventspils novada pašvaldības pedagoģiski medicīniskā komisija*

**Ventspils novada pašvaldības pedagoģiski medicīniskajai komisijai**

|  |
| --- |
|  |
| vārds, uzvārds |
|  |
| personas kods |
|  |
| dzīvesvietas adrese |
|  |
| tālruņa nr. |

**IESNIEGUMS**

|  |  |
| --- | --- |
| Lūdzu izvērtēt mana dēla/meitas vai aizbilstamā |  |
| intelektuālās spējas un mācīšanās traucējumu iemeslus pedagoģiski medicīniskajā komisijā. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sniedzu ziņas par izglītojamo:** | |
| Vārds, uzvārds |  |
| Personas kods |  |
| Dzīvesvietas adrese |  |
| Izglītības iestāde |  |
| Klase, grupa |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:** | | | | | | | | | |
| Izglītības iestādes informācija par izglītojamo uz | | | | | | |  | | lpp. |
| Psihologa |  | 20 |  | g. |  | atzinums uz | |  | lpp. |
|  | (vārds,uzvārds) |  |  |  |  |  | |  |  |
| Logopēda |  | 20 |  | g. |  | atzinums uz | |  | lpp. |
|  | (vārds,uzvārds) |  |  |  |  |  | |  |  |
| Psihiatra |  | 20 |  | g. |  | atzinums uz | |  | lpp. |
|  | (vārds,uzvārds) |  |  |  |  |  | |  |  |
| Ārsta |  | 20 |  | g. |  | atzinums uz | |  | lpp. |
|  | (vārds,uzvārds) |  |  |  |  |  | |  |  |
| Ģimenes ārsta |  | 20 |  | g. |  | atzinums uz | |  | lpp. |
|  | (vārds,uzvārds) |  |  |  |  |  | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vecāku (aizbildņu) vai bāriņtiesas pārstāvju paraksts | | |  |
| Datums |  |  | |

***Informācija par personas datu apstrādi***,

*attiecināma uz tām fiziskām personām, kuras šajā iesniegumā ir norādījušas*

*personu datus*

**Pārzinis personas datu apstrādei** - Ventspils novada pašvaldība, reģistrācijas Nr. 90000052035, juridiskā adrese Skolas iela 4, Ventspils, LV-3601, tālrunis 63629450, elektroniskā pasta adrese *info@ventspilsnd.lv*.

**Personas datu aizsardzības speciālista kontaktinformācija** - elektroniskā pasta adrese *datuaizsardziba@ventspilsnd.lv*.

**Jūsu personas datu, kā arī Jūsu bērna (aizbilstamā) personas datu, tostarp veselības datu** (vārds, uzvārds, personas kods, adrese, skola, klase, kontaktinformācija, pievienoto medicīnas dokumentu informācija) **apstrādes mērķis** – sniegt atzinumu par atbilstošāko pirmsskolas izglītības, speciālās pamatizglītības programmu izglītojamiem ar garīgās attīstības traucējumiem, mācīšanās traucējumiem no 1.-4.klasei, kā arī par ilgstoši slimojošiem izglītojamiem izglītošanās nepieciešamību no 1.-12.klasei Ventspils novadā deklarētajiem izglītojamiem.

**Tiesiskais pamats** Jūsu sniegto personas datu apstrādei ir pārzinim tiesību aktos noteikto juridisko pienākumu izpilde (Ministru kabineta 04.04.2006. noteikumi Nr.253 „Kārtība, kādā organizējama ilgstoši slimojošu izglītojamo izglītošanās ārpus izglītības iestādes” u.c.).

**Personas datu saņēmēj**i – Ventspils novada domes struktūrvienību pilnvarotie darbinieki, Ventspils novada Izglītības pārvalde.

**Jūsu personas dati** tiks glabāti saskaņā ar Arhīvu likumu.

**Informējam, ka Jums kā datu subjektam ir tiesības:**

1) pieprasīt pārzinim piekļūt Jūsu, kā datu subjekta, apstrādātajiem personas datiem, lūgt neprecīzo personas datu labošanu vai dzēšanu, iesniedzot pamatojumu Jūsu lūgumam, likumā noteiktajos gadījumos lūgt Jūsu personas datu apstrādes ierobežošanu, kā arī iebilst pret apstrādi;

2) iesniegt sūdzību par nelikumīgu Jūsu personas datu apstrādi Datu valsts inspekcijā.

*Sīkāku informāciju par personas datu apstrādi var iegūt mājaslapā www.ventspilsnovads.lv.*

*Iesnieguma iesniedzējs apņemas informēt pārējās personas, kuras minētas iesniegumā, par to personu datu apstrādi, kas saistītas ar iesnieguma izskatīšanu.*

**Ar informāciju par personas datu apstrādi iepazinos :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(paraksts, tā atšifrējums, datums)