

SP-12

Daugavpils pilsētas pašvaldības iestādei "Sociālais dienests"  
Vienības iela 8, Daugavpils, LV-5401  
e-pasts: [socd@socd.lv](mailto:socd@socd.lv)

\_\_\_\_\_

(vārds, uzvārds)

\_\_\_\_\_

(personas kods)

\_\_\_\_\_

(adrese)

\_\_\_\_\_

(tālrunis, e-pasts)

### IESNIEGUMS

Lūdzu piešķirt ģimenes asistenta pakalpojumu \_\_\_\_\_

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

20\_\_\_\_. gada \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(paraksts un atšifrējums)

---

*Esmu informēta/s, ka šī iesnieguma izskatīšanai Sociālais dienests, izpildot juridisku pienākumu, apstrādās manus un/vai personu, kurām esmu likumiskais pārstāvis, personas datus (sīkāk par datu apstrādi un manām tiesībām Sociālā dienesta mājas lapā [www.socd.lv](http://www.socd.lv) vai iesniedzot jautājumus Vienības ielā 8, Daugavpilī, ar piezīmi "Datu aizsardzības speciālists" vai pa e-pastu: [datu aizsardziba@socd.lv](mailto:datu aizsardziba@socd.lv)).*

20\_\_\_\_. gada \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(paraksts un atšifrējums)

---

**SAŅEMTS**  
Sociālajā dienestā  
Nr. \_\_\_\_\_.