

SP-2

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

(vārds, uzvārds)

(personas kods)

(adrese)

(tālrunis, e-pasts)

IESNIEGUMS

Lūdzu piešķirt sociālās rehabilitācijas pakalpojumu par valsts budžeta līdzekļiem, kā no
apreibinošām vielām un/vai procesiem atkarīgai personai

man

manam nepilngadīgajam bērnam

(vārds, uzvārds, personas kods)

(vārds, uzvārds, personas kods)

Lūdzu pakalpojumu sniegt: Dzīvesvietā; Institūcijā.

Lūdzu organizēt nokļūšanu līdz sociālās rehabilitācijas pakalpojuma sniegšanas vietai.
Pielikumā:

Vēlamais lēmuma saņemšanas veids:

pie pakalpojumu sniedzēja; elektroniski; pa pastu.

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 vai iesniedzot jautājumus Vienības ielā 8, Daugavpilī, ar piezīmi "Datu aizsardzības speciālists" vai pa e-pastu: datuaizsardziba@socd.lv).

20____. gada ____.

(paraksts un atšifrējums)

SAŅEMTS
Sociālajā dienestā
Nr. _____.