|  |
| --- |
| **Bauskas novada Sociālajam dienestam** |
| (vārds, uzvārds) |
| (personas kods) |
| (adrese) |
| (tālrunis, e-pasts) |

**IESNIEGUMS**

Lūdzu piešķirt bezmaksas ēdināšanu manam bērnam/ bērniem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(vārds, uzvārd)*

pirmskolas izglītības iestādē/ grupā \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(pirmsskolas izglītības iestādes nosaukums)*

Mērķa grupa, atzīmēt atbilstošo:

aizbildņu ģimene;

daudzbērnu ģimene;

audžuģimene;

trūcīga/maznodrošināta mājsaimniecība;

bērnam ar invaliditāti;

viens no vecākiem ģimenē ir ar invaliditāti.

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, kā Bauskas novada Sociālā dienesta klients piekrītu, ka Bauskas novada Sociālajā dienestā tiek veikta manu personas datu apstrāde saskaņā ar man nepieciešamo sociālo pakalpojumu/palīdzības nodrošināšanu, ievērojot Bauskas novada Sociālā dienesta personas datu apstrādes aizsardzības politiku un normatīvo aktu prasības.

Datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(paraksts un paraksta atšifrējums)