

AIZPILDIET DATORĀ, IZDRUKĀJIET UN PARAKSTIET  
VAI IZDRUKĀJIET, AIZPILDIET ROKRAKSTĀ UN PARAKSTIET

**VESELĪBAS UN DARBSPĒJU EKSPERTĪZES ĀRSTU VALSTS KOMISIJAI  
IESNIEGUMS**

**Invaliditātes ekspertīzei bērniem līdz 18 gadu vecumam (neieskaitot)**

**Cien. vecāki/likumiskie pārstāvji**, lūdzu rakstiet skaidri saprotami un bez labojumiem .

atzīmējiet ar "X" to informāciju, kas ir atbilstīga Jūsu pārstāvamajam bērnam

1. Bērna, kurai veicama invaliditātes ekspertīze, dati																		
Vārds:						Uzvārds:												
Bērna personas kods											-							
Bērna dzimšanas dati																		
						<b>d.</b>	<b>d.</b>	<b>m.</b>	<b>m.</b>	<b>g.</b>	<b>g.</b>	<b>g.</b>	<b>g.</b>					
Bērna valstiskās piederības veids: <input type="checkbox"/> LV pilsonis; <input type="checkbox"/> LV nepilsonis; <input type="checkbox"/> ES pilsonis; <input type="checkbox"/> ārzemnieks ar pastāvīgo uzturēšanās atļauju; <input type="checkbox"/> ārzemnieks ar termiņuzturēšanās atļauju; <input type="checkbox"/> cits																		
Bērna deklarētā dzīvesvietas adrese:																		
2. Likumiskā pārstāvja dati:																		
Vārds:						Uzvārds:												
Likumiskā pārstāvja personas kods											-							
Tālruņa nr.:						E – pasts:												
Likumiskā pārstāvja pārstāvības veids: <input type="checkbox"/> Bērna vecāks; <input type="checkbox"/> Aizbildnis; <input type="checkbox"/> Aizgādnis; <input type="checkbox"/> Notariāli apstiprināta pilnvara																		
3. Lūdzu veikt manam pārstāvamajam:																		
<input type="checkbox"/> Invaliditātes ekspertīzi																		
<input type="checkbox"/> Cits (ierakstīt)																		
4. Iesniegumam pievienotie dokumenti:																		
<input type="checkbox"/> Nosūtījums uz Veselības un darbspēju ekspertīzes ārstu valsts komisiju (veidlapa 088/u)																		

AIZPILDIET DATORĀ, IZDRUKĀJIET UN PARAKSTIET  
VAI IZDRUKĀJIET, AIZPILDIET ROKRAKSTĀ UN PARAKSTIET

<input type="checkbox"/> Bērna funkcionālo spēju novērtējuma anketa (bērniem no 7 līdz 18 gadu vecumam (neieskaitot))	
<input type="checkbox"/> Papildus (ierakstīt)	
<b>5. Invaliditātes dokumentus vēlos saņemt:</b>	
<input type="checkbox"/> Personīgi	
<input type="checkbox"/> Pa pastu uz iesniegumā norādīto adresi	
<b>6. Piekrišana datu apstrādei:</b>	
<input type="checkbox"/> Piekrītu iesniegumā norādīto datu apstrādei, nolūkā komisijas amatpersonai veikt invaliditātes ekspertīzi	
<input type="checkbox"/> Piekrītu saziņas līdzekļu datu apstrādei, lai nodrošinātu saziņu ar bērna likumisko pārstāvi par iesnieguma izskatīšanas jautājumiem	
<b>Datums:</b> ( <i>diena, mēnesis, gads</i> )	<b>Paraksts:</b>