|  |
| --- |
| Ankstyvosios intervencijos programos Klaipėdos miesto savivaldybėje vykdymo tvarkos aprašo1 priedas |

(Prašymo forma)

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

(prašymą pateikiančio asmens vardas ir pavardė, adresas, telefono Nr., elektroninis paštas)

Klaipėdos visuomenės sveikatos biuro

direktoriui

**PRAŠYMAS**

**DĖL DALYVAVIMO ANKSTYVOSIOS INTERVENCIJOS PROGRAMOJE**

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

(data)

Klaipėda

Prašau mane, mano sūnų (dukrą, globotinį (-ę) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(pabraukti) (vaiko vardas ir pavardė)

gim. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, gyv. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 priimti į Ankstyvosios intervencijos programą.

Informaciją apie Ankstyvosios intervencijos programos vykdymo laiką ir vietą prašau pateikti (pažymėkite vieną variantą):

 elektroniniu paštu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (nurodykite elektroninį paštą)

 telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (nurodykite telefono numerį)

 paštu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (nurodykite gyvenamosios vietos adresą, pašto kodą)

PRIDEDAMA:

1. Vaiko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ kopija.

(nurodyti asmens dokumento pavadinimą)

2. Jei įpareigotas lankyti Ankstyvosios intervencijos programą, pateikia teismo ar ne teismo tvarka administracinio nusižengimo bylą nagrinėjančios institucijos (pareigūno) nutarties ar sprendimo kopiją arba Klaipėdos miesto savivaldybės mero potvarkio kopiją dėl minimalios priežiūros priemonių skyrimo.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **(parašas)\*** | (pareiškėjo vardas ir pavardė) |

\* Pasirašydami Jūs patvirtinate, kad Jūsų (Jūsų atstovaujamojo) identifikacinių, kontaktinių bei kitų paaiškinime nurodytų **asmens duomenų valdytojas –** Klaipėdos visuomenės sveikatos biuras (juridinio asmens kodas 301255569, adresas: Taikos pr. 76, Klaipėda, tel. (8 46) 31 19 71, el. p. info@sveikatosbiuras.lt);

**asmens duomenų tvarkymo tikslas:** prašymo dėl dalyvavimo ankstyvosios intervencijos programoje įgyvendinimas;

**asmens duomenys tvarkomi vadovaujantis**: Bendrojo duomenų apsaugos reglamento 6 straipsnio 1 dalies c punktu, t. y. vykdant teisinę prievolę;

**asmens duomenys bus saugomi**: po dokumentų pasirašymo, jie bus saugojami 5 metus, po saugojimo laikotarpio dokumentai bus perduodami archyvui;

**asmens duomenys bus pateikti:** Klaipėdos m. Pedagoginei psichologinei tarnybai;

**asmens duomenys gali būti pateikti:** ikiteisminio tyrimo įstaigai, prokurorui ar teismui dėl jų žinioje esančių administracinių, civilinių, baudžiamųjų bylų kaip įrodymai ar kitoms institucijoms ar įstaigoms, kai tokių duomenų pateikimas yra privalomas teisės aktų nustatyta tvarka;

**Kreipiantis raštu Jūs turite teisę prašyti:**

* leisti susipažinti su savo asmens duomenimis;
* juos ištaisyti arba ištrinti, arba apriboti jų tvarkymą;
* pateikti skundą Valstybinei duomenų apsaugos inspekcijai (L. Sapiegos g. 17, 10312 Vilnius, ada@ada.lt).

Klaipėdos visuomenės sveikatos biuro asmens duomenų apsaugos pareigūnas, *info@sveikatosbiuras.lt*

Daugiau informacijos apie duomenų tvarkymą rasite www.sveikatosbiuras.lt

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