
(vārds, uzvārds)

(personas kods)

(adrese)

(tālrunis)

IESNIEGUMS

Daugavpilī

Lūdzu piešķirt man atbalstu televīzijas abonēšanas maksas izdevumu segšanai _____.

Esmu ___ grupas guļošs (-a) invalīds (-e).

Atbalsta saņemšanai, saskaņā ar spēkā esošiem normatīvajiem aktiem un Daugavpils pašvaldības saistošajiem noteikumiem, atļauju apstrādāt manus personīgos datus, atbilstoši fizisko personu datu aizsardzības likumam.

Daugavpilī

20____.gada____._____

(paraksts)

Iepazinos ar pieņemto lēmumu,
rakstiska atbilde nav nepieciešama

Paraksts_____

Datums_____

SAŅEMTS
Daugavpils pilsētas
pašvaldības iestāde
"Sociālais dienests"

Nr. _____