SAŅEMTS *(aizpilda darbinieks)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Reģ. Nr.* |  | |
| *Saņemts* |  | |
| *Iesniegumu pieņēma* | |  |

**KULDĪGAS NOVADA PAŠVALDĪBAS AĢENTŪRAI “SOCIĀLAIS DIENESTS”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VĀRDS, UZVĀRDS | |  |
| PERSONAS KODS |  | |
| TĀLRUNIS |  | |
| E-PASTS |  | |
| DEKLARĒTĀ ADRESE |  | |
| FAKTISKĀ DZĪVESVIETA |  | |

**IESNIEGUMS**

**Lūdzu piešķirt sociālās rehabilitācijas pakalpojumu kā vardarbībā cietušai pilngadīgai personai individuālu konsultāciju veidā, kuras sniedz:**

|  |  |
| --- | --- |
| jurists |  |

*Apliecinu, ka nesaņemu Juridiskās palīdzības administrācijas juridisko atbalstu vardarbībā cietušām personām vai cita sociālā pakalpojuma ietvaros sniegtu juridisko atbalstu*

|  |  |
| --- | --- |
| psihologs |  |

*Lēmumu nosūtīt* (atzīmēt atbilstošo)*:*

uz deklarētās dzīvesvietas adresi

uz citu adresi (norādīt, uz kuru, un norādīt uz objektīviem apstākļiem, kādēļ tas nepieciešams):

|  |
| --- |
|  |

ar lēmumu vēlos iepazīties klātienē

|  |
| --- |
|  |

uz elektroniskā pasta adresi (norādīt e-pasta adresi):

uz oficiālo elektronisko adresi (e-adresi)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 20\_\_\_. gada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  |  |
|  |  | | (paraksts)\* |

*\*Dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu, ir parakstīts ar drošu elektronisko parakstu un satur laika zīmogu.*