*Atļaujas paraugs Nr.1*

**Atļauja izpaust personas datus citas valsts kompetentajai iestādei.**

Es,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(vārds, uzvārds, personas kods)*

piekrītu manu personas datu apstrādei Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrā reģ.nr. 90001669496, juridiskā adrese: Lāčplēša iela 70a, Rīga, LV – 1011, e-pasta adrese: pasts@vsaa.gov.lv (turpmāk – Aģentūra) un to nosūtīšanai Valsts sociālās apdrošināšanas birojam[[1]](#footnote-1) Gheorghe Tudor street 3, Chisinau, MD-2028 e-pasts secretariat@cnas.gov.md , jo vēlos pieprasīt Moldovas Republikas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  *(norāda konkrēto pakalpojumu)*

* Apliecinu, ka esmu informēts, ka piekrišana manu personas datu apstrādei ir brīvprātīga, konkrēta, apzināta, un paredzēta izmantošanai iepriekš norādītajiem nolūkiem.
* Apliecinu, ka esmu informēts par iespēju jebkurā laikā atsaukt savu piekrišanu par to paziņojot Aģentūrai – sūtot e - pastu ar pieprasījumu uz e - pasta adresi: pasts@vsaa.gov.lv.

202\_\_. gada \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(paraksts un paraksta atšifrējums)*

*Atļaujas paraugs Nr.2*

**Atļauja izpaust personas datus citas valsts kompetentajai iestādei.**

Es,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(vārds, uzvārds, personas kods)*

piekrītu manu personas datu apstrādei Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūrā reģ.nr. 90001669496, juridiskā adrese: Lāčplēša iela 70a, Rīga, LV - 1011; e-pasta adrese: pasts@vsaa.gov.lv (turpmāk – Aģentūra) un to nosūtīšanai Valsts Invaliditātes un darbspēju noteikšanas padomei[[2]](#footnote-2) – Vasile Alecsandri street 1, Chisinau, MD-2009 , e-pasts cnddcm@cnddcm.gov.md, jo pieprasu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Apliecinu, ka esmu informēts, ka piekrišana manu personas datu apstrādei ir brīvprātīga, konkrēta, apzināta, un paredzēta izmantošanai iepriekš norādītajiem nolūkiem.
* Apliecinu, ka esmu informēts par iespēju jebkurā laikā atsaukt savu piekrišanu par to paziņojot Aģentūrai – sūtot e - pastu ar pieprasījumu uz e - pasta adresi: pasts@vsaa.gov.lv.

202\_\_. gada \_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(paraksts un paraksta atšifrējums)*

1. par vecuma pensijām, invaliditātes pensijām, kas noteiktas sakarā ar vispārēju saslimšanu, invaliditātes pensijām un atlīdzību, kas noteikta sakarā ar nelaimes gadījumu darbā vai arodslimību, apgādnieka zaudējuma pensiju un apbedīšanas pabalstu; [↑](#footnote-ref-1)
2. par invaliditātes un darbspēju novērtēšanu [↑](#footnote-ref-2)