# Nodarbinātības valsts aģentūrai

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

*(klienta vārds, uzvārds)*

# IESNIEGUMS

# par obligātās veselības pārbaudes

# izmaksu kompensēšanu[[1]](#footnote-2)

(AF projekts „Prasmju pilnveide pieaugušajiem” Nr. 3.1.2.5.i.0/1/23/I/CFLA/001)

Lūdzu kompensēt izmaksas *\_\_\_.\_\_\_ EUR apmērā* par obligāto veselības pārbaudi, kura veikta aktīvā nodarbinātības pasākuma “Apmācība pie darba devēja” (turpmāk – Pasākums) ietvaros*, atbilstoši iesniegtajiem maksājumus pamatojošiem dokumentiem.*

**1. Informācija par klientu**

Vārds, uzvārds: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, p.k. **-**

Deklarētās dzīves vietas adrese:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tālruņa numurs:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-pasta adrese \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bankas nosaukums:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Konta numurs: ****

**2. Informācija par darba devēju**

Darba devēja nosaukums, kurš izsniedzis obligātās veselības pārbaudes karti Pasākuma īstenošanas ietvaros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Klienta apliecinājums**

* 1. Par obligāto veselības pārbaudi maksājumi veikti laikā, kad man Aģentūrā bija piešķirts bezdarbnieka statuss un saņemts individuālais darba meklēšanas plāns ar norīkojumu dalībai Pasākumā.
  2. Iesniegumu par izmaksu kompensēšanu esmu iesniedzis Aģentūrā 10 darba dienu laikā no dienas, kad saņemts arodslimību ārsta atzinums.
  3. Esmu iepazinies ar nosacījumu, ka Aģentūrā kompensē izmaksas par obligāto veselības pārbaudi ne vairāk kā 50 EUR apmērā.
  4. Iesniegumā norādītā informācija ir patiesa.
  5. Apliecinu, ka maksājuma dokumenti par obligātās veselības pārbaudes veikšanu nav un netiks iesniegti izdevumu kompensēšanai no vairākiem publiskiem finansēšanas avotiem.

1. Esmu informēts, ka, piesakoties obligātās veselības pārbaudes izmaksu kompensācijai, Aģentūra veiks manu personas datu apstrādi, pamatojoties uz Bezdarbnieku un darba meklētāju atbalsta likumu, Ministru kabineta 2011. gada 25. janvāra noteikumiem Nr.75 “Noteikumi par aktīvo nodarbinātības pasākumu un preventīvo bezdarba samazināšanas pasākumu organizēšanas un finansēšanas kārtību un pasākumu īstenotāju izvēles principiem”, Ministru kabineta 2015.gada 24.februāra noteikumiem Nr.103 “Bezdarbnieka un darba meklētāja statusa piešķiršanas kārtība un statusa piešķiršanai nepieciešamie dokumenti” un Ministru kabineta 2017.gada 28.marta noteikumiem Nr.172 “Bezdarbnieku uzskaites un reģistrēto vakanču informācijas sistēmas noteikumi”.

Par NVA pieņemto lēmumu informāciju vēlos saņemt (*izvēlas tikai vienu no piedāvātajiem variantiem un* *vajadzīgo atzīmēt ar “X”):*

* + ierakstītā vēstulē uz deklarētās dzīvesvietas adresi;
  + uz e-pastu, parakstītu ar drošu elektronisko parakstu;
  + personīgi ierodoties attiecīgajā NVA filiālē;
  + CV un Vakanču portālā (CVVP tīmekļvietnes adrese: https://cvvp.nva.gov.lv)

**Pielikumā:** Obligātās veselības pārbaudes kartes kopija un maksājumus apliecinošo dokumentu kopijas par obligātās veselības pārbaudes veikšanuuz \_\_\_lp.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(datums – dd.mm.gggg.)* | *(bezdarbnieka paraksts, tā atšifrējums)* |

1. Iesniegumu iesniedz filiālē, kurā klients ir reģistrēts. [↑](#footnote-ref-2)