***Prašymo pavyzdys***

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

*(vaikui atstovaujančio vieno iš tėvų (įtėvių, globėjų, rūpintojų) vardas ir pavardė)*

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

*(adresas)*

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

*(telefono numeris, el. pašto adresas)*

Visagino savivaldybės administracijai

**PRAŠYMAS**

**DĖL VAIKO(-Ų) PRIEŽIŪROS IKIMOKYKLINIO UGDYMO ĮSTAIGOJE**

2020-\_\_\_-\_\_\_

*(data)*

Visaginas

Aš, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, įvertinęs(-usi) visas kitas vaiko(-ų)

 *(vardas, pavardė)*

priežiūros galimybes namuose ir jų neradęs, t. y. į darbą privalo eiti ir būtinąsias funkcijas (darbus) atlikti abu tėvai, įtėviai, globėjai, rūpintojai ir nėra galimybės palikti vaiko(-ų) namuose pasitelkiant kitų asmenų pagalbą, taip pat patvirtindamas(-a), kad:

|  |  |
| --- | --- |
| mano vaikas(-ai) **neserga** lėtinėmis ligomis, nurodytomis Sunkių lėtinių ligų, dėl kurių ekstremaliosios situacijos ar karantino laikotarpiu asmeniui išduodamas nedarbingumo pažymėjimas, sąraše, patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2020 m. kovo 23 d. įsakymu Nr. V-483 „Dėl Sunkių lėtinių ligų, dėl kurių ekstremaliosios situacijos ar karantino laikotarpiu asmeniui išduodamas nedarbingumo pažymėjimas, sąrašo patvirtinimo“; | Taip/Ne*(reikalingą pabraukti)* |
| mano vaikas(-ai) **negyvena** kartu su asmenimis, priskirtinais rizikos grupėms (vyresnio nei 60 m. amžiaus asmenims ir (arba) sergantiems šiomis lėtinėmis ligomis: žmogaus imunodeficito viruso liga; piktybiniai navikai (jei liga diagnozuota ar buvo paūmėjimas ir jei po taikyto gydymo pabaigos nepraėjo 2 metai); cukrinis diabetas; širdies ir kraujagyslių ligos su lėtiniu širdies nepakankamumu 2-4 laipsnio; lėtinės kvėpavimo organų ligos su kvėpavimo nepakankamumu; lėtinės inkstų ligos su inkstų nepakankamumu; būklė po autologinės kaulų čiulpų ir organų transplantacijos; ligos, kurios šiuo metu gydomos bendra ar selektyvia chemoterapijas ar radioterapija ir ligos, po kurių gydymo šiais metodais pabaigos nepraėjo 2 metai; ligos, kurios šiuo metu gydomos imunosupresija atitinkančia metilprednizolono 10 mg/kg per dieną ir ligos, nuo kurių gydymo šiuo būdu pabaigos nepraėjo 6 mėnesiai; įgimtas imunodeficitas; kitos sunkios lėtinės ligos, kai taikomas imunosupresinis gydymas); | Taip/Ne*(reikalingą pabraukti)* |

prašau organizuoti mano vaiko(-ų) priežiūrą ikimokyklinio ugdymo įstaigoje:

|  |  |
| --- | --- |
| Vaiko(-ų) vardas, pavardė |  |
| Ikimokyklinio ugdymo įstaiga, kurios sąrašuose yra vaikas(-ai) |  |
| Prašoma organizuoti: | priežiūrą/maitinimą/nuotolinį mokymą*(reikalingą pabraukti)* |
| Nuo kada pageidaujama gauti nurodytas paslaugas *(atsižvelgti į tai, kad sprendimui priimti ir įstaigai pasirengti priimti vaikus prireiks 2-3 darbo dienų)* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(data)* |
| Nuo kurios iki kurios valandos reikalinga paslauga | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(val. nuo-iki)* |

**PRIDEDAMA.** Abiejų tėvų (įtėvių, globėjų, rūpintojų) darbdavių pažymos dėl būtinumo atitinkamas funkcijas (darbus) atlikti darbo vietoje.

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

*(vieno iš tėvų (įtėvių, globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas)*