

2. pielikums

Latvijas Neredzīgo bibliotēkas
lietošanas noteikumiem

PILNVARA

Rīgā, 202__ .gada __ . _____

Es, _____, (_____), dzīvoju _____
vārds, uzvārds *personas kods*

_____ (turpmāk – Pilnvarotājs) sakarā ar to, ka
dzīves vietas adrese

esmu persona ar redzes invaliditāti vai citādām lasīšanas grūtībām*

un nevaru pats ierasties bibliotēkā, pilnvaroju _____,
vārds, uzvārds
(_____) dzīvojošu _____
personas kods *dzīves vietas adrese*

Latvijas Neredzīgo bibliotēkā nodot un saņemt pielāgoto literatūru (audio formātā, palielinātā drukā vai Braila rakstā) un preses izdevumus.

Ar bibliotēkas lietošanas noteikumiem esmu iepazinies/usies un apņemos tos pildīt.

Pilnvara izdota bez pārpilnvarojuma tiesībām un derīga iesniegšanai Latvijas Neredzīgo bibliotēkā.

Pilnvara derīga beztermiņa vai uz noteiktu laiku līdz 20__ .gada __ . _____.
(vajadzīgo pasvītrot)

Pilnvarotāja paraksts

Pilnvarotāja paraksta atšifrējums

Esmu informēts un piekrītu personas datu apstrādei pilnvarojuma izpildei nepieciešamajā apjomā.

**Ja esi*

neredzīga persona vai persona ar redzes traucējumiem, kuru dēļ nespēj lasīt rakstu darbus parastajā drukā kā to var personas bez šādiem traucējumiem

vai

persona ar citādām lasīšanas grūtībām, kuru dēļ tu nespēj lasīt rakstu darbus līdzvērtīgi personām bez šādiem traucējumiem (t.sk., seniori, cilvēki ar disleksiju u.c.)

vai arī

esi persona, kura fizisku traucējumu dēļ nespēj noturēt grāmatu, rīkoties ar to, fokusēt skatienu vai kustināt acis tādā mērā, kāds tas parasti būtu nepieciešams lasīšanai.