**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

**РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ ТЪРГОВИЩЕ**

|  |
| --- |
| **ДО****ДИРЕКТОРА****НА РЗИ ТЪРГОВИЩЕ****ЗАЯВЛЕНИЕ**от ……………………………………………………………………………………........……..,*име, презиме, фамилия*постоянен адрес: гр./с. …………………………………………………………….......………,община …………………………………………………………………………….......……….,ж.к./ ул. ............................................................................................. № …………….......……..бл. …………......., вх. ........................., ап. .........................., тел. …………………........……,ЕГН ……………………………………………………………………………….........……….Моля, да бъде заверена и вписана в регистъра по чл. 11, ал. 1 от Наредба № 15 от 2006 г. за здравните изисквания към лицата, работещи в детските заведения, специализираните институции за деца и възрастни, водоснабдителните обекти, предприятията, които произвеждат или търгуват с храни, бръснарските, фризьорските и козметичните салони (ДВ, бр. 57 от 2006 г.) личната ми здравна книжка.Здравната книжка ми е необходима за постъпване на работа в ………….........…………..,……………………………………………………………………......…………………………*наименование на обекта адрес на обекта*Заявявам желанието си заверената ми здравна книжка да бъде получена:* Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: ………………………......……………….

…………………………………………………………………………………......……………,като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването ѝ за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен/а документите да бъдат пренасяни за служебни цели. Заверената ми здравна книжка да бъде изпратена:* като вътрешна препоръчана пощенска пратка
* като вътрешна куриерска пратка
* като международна препоръчана пощенска пратка
* лично от звеното за административно обслужване

Прилагам следните документи:1. Здравна книжка с попълнена паспортна част, залепена актуална снимка на заявителя и с отразени извършени задължителни прегледи и изследвания, удостоверени чрез положени печати и подписи от съответните лечебни заведения и медицински специалисти, извършили прегледите и изследванията; заключение "допуска се на работа" от общопрактикуващ лекар или от лекар специалист по вътрешни болести от лечебно заведение за извънболнична помощ.2. Копие от документ за самоличност, заверено с текст "Вярно с оригинала", трите имена, дата и подпис на заявителя (само при заявяване на услугата чрез лицензиран пощенски оператор). Дата: .....................                                                                                       Подпис:Гр./с. .....................                                                                               .....................Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация и се обрабoтват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Регионалната здравна инспекция – Търговище. |
|  |