**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: [rzi\_so@rzi-sfo.](mailto:rzi_so@rzi-sfo.)bg

Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10

www.rzi-sfo.bg

Вх. № ……………………….

Град София………………………..202…г.

*Приложение 2 към чл.8, ал.1*

*Уникален № РУ-АУ 2*

**ПРОТОКОЛ ЗА ПРИЕМАНЕ НА УCTHO ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ДОСТЪП ДО ОБЩЕСТВЕНА ИНФОРМАЦИЯ**

Днес, ..........., 202...г,.............................................................,..................................................

(дата, имена на служителя)

………………………………………………………………………………………………………………..

(длъжност, дирекция, отдел)

Прие от г-н/г-жа……………………………………………………………………………………………..

(трите имена или наименованието и седалище на заявителя)

Адрес за кореспонденция: ........... ..................,.................,............................... ...................................

Телефон............................................ ел. поща......................................................................................

Съгласие за използване на профил в системата за сигурно електронно връчване по чл. 26, ал. 2 от Закона за електронното управление:

(посочва се профилът с CCEВ)

**На основание Закона за достъп до обществена информация, моля да ми бъде предоставена наличната в РЗИ-Софийска област информация относно:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Заявителят изрази желание да получи информацията в следната форма:**

Отбележете предпочитаната от вас форма:

1. Преглед на информацията - оригинал или копие или чрез публичен общодостъпен регистър.

2. Устна справка.

3. Копие на хартиен носител.

4. Копие на материален носител.

5. Копие, предоставени по електронен път, или интернет адрес, къде го се съхраняват или са публикувани данните /когато това е предпочитаната форма за предоставяне на информация, се определят техническите параметри за запис на информацията/.

6. Публикуване на информацията на платформата за достъп до обществена информация.

7. Комбинация от форми……………………………………….

*\*\*\* Лица, които имат зрителни увреждания или увреждания на слухово-говорния апарат, могат да поискат достъп във форма, отговаряща на техните комуникативни възможности.*

*\*\*\** *Ако Заявлението не съдържа относно: трите имена, съответно наименованието и седалището на заявителя, описание на исканата информация, адреса за кореспонденция със заявителя или съгласие за използване на профил в системата за сигурно електронно връчване по чл. 26, ал. 2 от Закона за електронното управление, същото не се разглежда.*

С подписването на настоящия протокол се счита, че Заявлението за достъп до обществена информация е подадено и че заявителят е уведомен за защитата на предоставените устно лични данни и използването им за целите, за които са съобщени.

*Предал,*

*Заявител: .................*

*Приел,*

*Служител: ...................*