**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 3 към чл.9 ал.3*

*Уникален № РУ-* ***АУ-2***

**ДО ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**rp. София**

**бул. „Акад. Иван Гешов” № 15**

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗА ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ДОСТЪП ДО ОБЩЕСТВЕНА ИНФОРМАЦИЯ**

От…………………………………………………………

(*трите имена или наименованието и седалището 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 в CCEВ)

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОДИН/ ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,**

**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……………………………………….

* **Не желая подаденото заявление по електронен път, решение и информация да се публикуват на Платформата за достъп до обществена информация, поддържана от Администрацията на Министерския съвет.**

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

*Забележка: 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.*

Изразявам своето съгласие РЗИ — Софийска област да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други система, с цел осъществяване на законово регламентираните функции. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването из, както и с правото ли на достъп до и на поправка на данните

**Дата.......... ........ ...... .202... г. Подпис …………….**