**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: rzi\_so@rzi-sfo.bg

Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10 www.rzi-sfo.bg

Вх.№ ………………………………. **Уникален № РУ – АУ-1795**

Гр. София,………………………. 20 \_\_ г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. „АКАД. ИВАН ГЕШОВ” № 15**

**СОФИЯ**

## З А Я В Л Е Н И Е

от ................................................................................................... на длъжност..................................................

 име, презиме, фамилия

адрес: гр.(с)................................................................................... район............................................................

ул. (ж.к.)...................................................................................... №..............бл. ............вх. ........... ап........

тел........................................... факс......................................... e-mail.............................................................

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

Моля да ми бъде издадено **Хигиенно заключение за извършване на дейности с опасни отпадъци от хуманната медицина,**

на обект: ……………………………………………………………………………………………….……………………..

 (наименование на обекта)

гр./с./ ......................………........................................................................................................................................

 (адрес на обекта)

Месторазположение на площадката: ……………………………………………………………………………………

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

Дейности, за които се кандидатства: ……………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………………………………

**На основание:**

**Закон за управление на отпадъците**, чл. 69, ал.1, т.6 във връзка с чл.43, ал.3

**Наредба № 2 от 2014г. за класификация на отпадъците, от МОСВ и МЗ**

**Наредба № 1 /2015г. за изискванията към дейностите по събиране и третиране на отпадъците на територията на лечебните и здравни заведения**

**Прилагам следните документи:**

1.Заявление по образец;
2. Класификация на отпадъците;
3. Данни за количество и произход на отпадъците, които ще се третират;
4. Дейностите, които ще се осъществяват;

5. Технологичен проект за обезвреждане или оползотворяване на отпадъците - съоръженията, които ще се ползват, техният капацитет;
6. Авариен план и мерките за сигурност, които ще се предприемат;
7. Списъкът на необходимия персонал по длъжности, задължения, квалификация и брой;
8. Отговорно лице за организиране безопасното управление на опасните отпадъци;
9. Програма за управление на дейностите по отпадъците - условия, при които ще се извършват дейностите;
10. Данни за Единния идентификационен код на дружеството или кооперацията от Търговския регистър, а за чуждестранните - документ за правния статут на чуждестранно лице, издаден в съответствие с националното законодателство на заявителя, до три месеца преди подаване на заявлението;
11. Решение по оценка на въздействието на околната среда или решение да не се извършва ОВОС;
12. Копие – извадка от влязъл в сила подробен устройствен план;
13. Заверено копие от нотариален акт или договор за наем, придружен с друг удостоверителен документ за собственост на имота, издаден от компетентните служби, на чиято територия е площадката, съдържащ данни за адреса на обекта, парцела, планоснимачния номер и други, описателни данни, когато имотът е извън регулация;
14. Документ за платена такса в размер, определен в Тарифа за таксите, които се събират от органите на държавния здравен контрол по Закона за здравето.

 **Заявявам желанието си издаденото от РЗИ – Софийска област „Хигиенно заключение за извършване на дейности с опасни отпадъци от хуманната медицина“ да получа:**

* **на място** – в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431, гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, сграден комплекс „Център по хигиена“, ет. III, кабинет № 41; както и в устна форма, за което служител в Центъра за административно обслужване съставя протокол;
* **чрез** **куриерска фирма** или лицензиран пощенски оператор…………..…………………(Разходите за доставка са за сметка на заявителя на услугата)
* **чрез Системата за сигурно електронно връчване** на адрес : https://edelivery.egov.bg

**Начини на плащане на държавната такса за административна услуга:**

 □ **в брой** - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж III, кабинет № 41, сграден комплекс „Център по хигиена“;

 □ **картови плащания** чрез инсталиран ПОС терминал - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж III, кабинет № 41, сграден комплекс „Център по хигиена“;

 □ **по банков път** – по транзитната сметка на РЗИ – Софийска област

 Банкова сметка на РЗИ – Софийска област

 Банка: ТБ УниКредит Булбанк АД, офис „Хемус“

 IBAN: BG22 UNCR 9660 3125 0062 16

 BIC: UNCRBGSF

 □ **Е-плащане чрез единната входна точка, достъпна на адрес :** [**https://pay.egov.bg/**](https://pay.egov.bg/)

Дата…………20….г. Подпис:...........................

***Декларация за ползване на лични данни***

***Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция - Софийска област да обработва, съхранява и архивира личните ми данни, чрез компютърни и други системи, с цел осъществяване на законово регламентираните функции. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на поправка на данните****.*

Подпис на декларатор: .......................................                                                                       дата: .......................... 20....г.