Образец 1102 (Заповед № РД-01-42/15.02.2024г.

|  |
| --- |
| Вх.№ АУ-1102-…………/……………20….. г.**ДО****ДИРЕКТОРА****НА РЗИ СИЛИСТРА****ЗАЯВЛЕНИЕ** от …………………………………………………………………………………………………........……..,*име, презиме, фамилия*постоянен адрес: гр./с. …………………………………………………………….…………….......………,община ……………………………………………………………………………….………….......……….,ж.к./ ул. ............................................................................................. № ………………….……….......……..бл. …………......., вх. ........................., ап. .........................., тел. ……………………….………........……,ЕГН ………………………………………………………………………………………….….........……….**УВАЖАЕМИ/А Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР**,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 издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:*** Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: гр./с. ................................................................

.................................................................................................................................................................. като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки и в момента на заявяване на услугата при международни пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели. Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:* като вътрешна препоръчана пощенска пратка
* като вътрешна куриерска пратка
* като международна препоръчана пощенска пратка
* Лично от Центъра за административно обслужване при РЗИ-Силистра

Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция 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. **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. .....................                                                                              ....................................... |
|  |