

Вх. №		ДО ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:
Дата:		
	ден, месец, година	

ЗАЯВЛЕНИЕ
за издаване на удостоверение за придобита квалификация за изпълнител
на дезинфекции, дезинсекции и дератизации

От _____
(име, презиме и фамилия)

адрес за кореспонденция: гр.(с.) _____ община (район) _____

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

тел. за контакт _____ E-mail _____

УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Моля да бъде включен/а в курс за обучение на изпълнителски кадри по дезинфекция, дезинсекция и дератизация, провеждан в Столична РЗИ, съгласно изискванията на Наредба №1 от 05.01.2018 г. за условията и реда за извършване на дезинфекции, дезинсекции и дератизации, чл. 7, ал 2 и Заповед на Министъра на здравеопазването, № РД-01-70/02.03.2018 г.

Прилагам следните документи:

☐ Копие от диплома за завършено средно образование, съгласно чл.8, ал 2 от Наредба №1

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

☐ Чрез лицензиран пощенски оператор (куриерска услуга) на адрес:

☐ Лично от звеното за административно обслужване

☐ Чрез Системата за сигурно електронно връчване

☐ По електронен път на електронна поща _____

Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване на законово регламентирани 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

Дата: _____

Подпис: _____