

Вх. № Дата: ден, месец, година	ДО ДИРЕКТОРА НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ: 																			
ЗАЯВЛЕНИЕ за издаване на разрешение за дейности по разрушаване (демонтаж) на азбест и/или азбестосъдържащи материали																				
От (име, презиме и фамилия)																				
в качеството си на (собственик, управител, изпълнителен директор, представител по пълномощие-№ и дата на нотариално заверено пълномощно)																				
на фирма 																				
с/с седалище 																				
адрес на управление: гр.(с.) Община (район) 																				
ул.(ж.к.) № бл. вх. ет. ап. 																				
тел. за контакт ЕИК <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td><td style="width: 20px; height: 1.2em;"></td></tr></table>																				
УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР, Моля, да ми бъде издадено разрешение за дейности по разрушаване (демонтаж) на азбест и/или азбестосъдържащи материали																				
за обект: (наименование и вид на обекта)																				
с адрес: гр.(с.) Община (район) 																				
ул.(ж.к.) № бл. вх. ет. ап. 																				
тел. за контакт 																				
Прилагам следните документи: - план за работа по разрушаване или демонтаж; - списък на ангажираните работещи - документ за платена такса																				
Заявявам желанието си издаденият протокол 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 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																				
Дата: Подпис 																				