

Вх. №		ДО ДИРЕКТОРА	
Дата:		НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:	
	ден, месец, година		
<b>ЗАЯВЛЕНИЕ</b> <b>за издаване на свидетелство за имунизационно състояние</b>			
От			
	<i>(трите имена на заявителя)</i>		
<b>УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,</b> Моля, да бъде издадено свидетелство за имунизационно състояние (на български език)			
на лицето			
	<i>(трите имена на лицето по лична карта)</i>		
роден/а на		ЕГН	
Адрес: гр.(с.)		Община (район)	
ул.(ж.к.)		№	бл. вх. ет. ап.
<b>Посещавани детски и учебни заведения:</b>			
<b>Прилагам:</b>			
<input type="checkbox"/> Личен имунизационен паспорт / ЛЗОК			
<input type="checkbox"/> Лична амбулаторна карта / Здравна карта на дете			
<input type="checkbox"/> Друг документ удостоверяващ извършени имунизации			
<input type="checkbox"/> Документ за платена такса			
<b>Заявявам желанието си издаденият протокол да бъде получен:</b>			
<input type="checkbox"/> Чрез лицензиран пощенски оператор (куриерска услуга) на адрес:			
<input type="checkbox"/> Лично от звеното за административно обслужване			
<input type="checkbox"/> Чрез Системата за сигурно електронно връчване			
<input type="checkbox"/> По електронен път на електронна поща			
<i>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</i>			
Дата:		Подпис	