Вх. № ..................... / .............. 202 ... г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. «АКАД. ИВАН ГЕШОВ» № 15**

**ГР. СОФИЯ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за извършване на оценка на седмично учебно разписание

 /Наредба № 10 / 19.06.2014 г. за здравните изисквания при изготвяне и спазване на седмичните учебни разписания/

от ...........................................................................................................................................................................................................

/ трите имена на лицето /

на длъжност ..........................................................................................................................................................................................

училище ................................................................................................................................................................................................

брой паралелки:……………………………………………....; брой ученици:………………………………………………………………

адрес на училището .............................................................................................................................................................................

телефон за връзка………………………………………………………………………………………….……………………………………...

e-mail……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………

 **УВАЖАЕМА/И Г-Н/ Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Предоставям на Вашето внимание седмичното учебно разписание на училището за първи / втори учебен срок на учебната 202…. / ……….. г. за извършване на оценка.

**За целта прилагам следните документи**:

1. Утвърдено с подпис и печат от директора на училището седмично учебно разписание - в три еднообразни екземпляра за съответния учебен срок.
2. Уведомление – да / не
* Този документ се подава само от директорите на средищни или иновативни училища, когато в случаите на целодневна организация на учебния ден не могат да бъдат спазени изискванията на чл. 6, ал. 1 и ал. 2 от Наредба №10/2014 г.
1. Документ за платена държавна такса.

**Заплащането на извършената услуга ще извърша**:

□ в брой - в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ 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 3, кабинет № 41;

□ по банков път - по транзитната сметка на РЗИ – Софийска област;

□ E-плащане чрез единната входна точка, достъпна на адрес: <https://pay.egov.bg/>

**Заявявам желанието си издадения „Протокол за оценка на седмичното учебно разписание“ да бъде получен:**

□ на място – в Центъра за административно обслужване на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;

□ по електронен път на адрес <https://edelivery.egov.bg/>

□ чрез куриер на адрес ……......................................................................................……………………………………………………………………..

като декларирам, че разходите за получаване са за моя сметка платими при получаването.

Дата: ................................. 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.