Вх. № АУ-1102-............................/…………..20 .…г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. „АКАД. ИВАН ЕВ. ГЕШОВ” № 15**

**ГР. СОФИЯ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

от .........................……………………..…………………………........……….......……., ЕГН…….................................……….

с постоянен адрес: гр./с. …………………………………………………………........, община….……..……………………......

ж.к./ул. ………………………………....…......................................................................… №…..… бл. …... вх. .….. ап……..

ел. адрес ..............................................................................................................…. тел. .............................…....………….

**УВАЖАЕМА/И ГОСПОЖО/ГОСПОДИН 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. 57/2006г. изм. и доп. ДВ. бр.87/2017г.) личната ми здравна книжка.

Здравната книжка ми е необходима за постъпване на работа в ...................................................................................

............................................................................................., ....................................................................

  *(наименование на обект) (адрес)*

**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 заверената и вписана в регистъра здравна книжка да бъде получена:**

**□ 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

**□ чрез куриерска фирма на адрес**: ……………………………………………………………......………..........................................

…….…………………………………………………………………………………………………………......………………………………………………,

като декларирам, че разходите са за моя сметка, платими при получаването и съм съгласен/а документите да бъдат пренасяни за служебни цели.

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 оператор).

Подпис на заявителя: .......................................

***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.