Вх. № ………………………….. / ………………..

**ДО**

# ДИРЕКТОРА НА

**РЗИ - ПЛЕВЕН**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от

*/трите имена/*

живущ в гр./с. ……………………………….. ул. ………………………………………………

ж.к. ………………….………… бл. ……………………. вх. …….. а п. …… тел. …………………

телефон/GSM………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЕГН/ЛНЧ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

 Моля да ми бъде издадено удостоверение образец **УП-2,** съгласно чл. 2, ал. 1, т. 2 от Наредба за пенсиите и осигурителния стаж (НПОС) за :

* **три последователни години** от последните 15 години осигурителен стаж преди 1 януари 1997 г., **от …………………….год. до ………………………год.;**
* брутното трудово възнаграждение или доход, върху които са внесени осигурителни вноски за осигурителния стаж след 1 януари 1997 до датата на пенсионирането.

**Забележка: отбелязва се желания период с Х**

Заявявам, желанието си издадения индивидуален административен акт да бъде получен:

* Лично от сградата на РЗИ Плевен
* Чрез лицензиран пощенски оператор…………………….……………………………………

 на адрес..........................................................................................................................................

 като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването

Дата: …………………. Подпис: …………………….

 Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация, и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Регионалната здравна инспекция - Плевен.