Вх. № _____

Дата: _____
ден, месец, година

ДО ДИРЕКТОРА
НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

за издаване на хигиенно заключение за извършване на дейности с опасни отпадъци от хуманната медицина

От _____
(име, презиме и фамилия)

длъжност _____ фирма _____
(наименование по съдебна регистрация)

адрес за кореспонденция: гр.(с.) _____ Община (район) _____

ул.(ж.к.) _____ № _____ бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____

тел. за контакт _____ E-mail _____

УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,

Моля на основание чл. 69, ал. 1, т. 6 от Закона за управление на отпадъците (ЗУО), да ми бъде издадено **Хигиенно заключение за извършване на дейности с опасни отпадъци от хуманната медицина за**

обект _____

адрес: гр.(с.) _____ Община (район) _____

ул.(ж.к.) _____ № _____ бл. _____ вх. _____ ет. _____ ап. _____

Прилагам следните документи:

1. Методи и технологии за третиране на отпадъците по видове дейности, вид и капацитет на съоръженията *(описват се конкретните методи и технологии за третиране на отпадъците и се посочва видът и капацитетът на съоръженията и инсталациите за третиране на отпадъците за всяка площадка по отделно)*
2. Описание на мерките за безопасност и превантивните мерки, които ще се предприемат с отпадъците при аварийна ситуация.
3. План за собствен мониторинг и контрол.

Заявлението и приложенията се представят в РЗИ от: _____

_____
(име, фамилия, длъжност, фирма)

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: