Вх.№............................../……………............

**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА РЗИ – БЛАГОЕВГРАД**

**З А Я В Л Е Н И Е**

От..................................................................................................................................................................

*(трите имена)*

Адрес:гр./с.…………………………ул.………………………№……Тел.за контакт: ..........................

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН Директор,**

Моля, да ми бъде издадено свидетелство за имунизационно състояние /на български език /

за……………………………………………………………………………………………………………

*(трите имена на лицето по лична карта)*

Роден/а на …………………………………ЕГН………………………………………………………….

Адрес: гр./с...................................................ул…………….………………………№............. телефон за

контакт ………………………..електронна поща.......................................................................................

**Забележка:**

1. Задължително да се отбележи адреса в Благоевградска област, на който е живяло лицето от 0 до 3 г. възраст - гр./с/…………………………ул.…………………………….№…………………

**Прилагам следните документи:**

* Имунизационен паспорт
* Лична амбулаторна карта
* Заверена документ от общопрактикуващия лекар за извършени ваксинации
* Не прилагам документ

**Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Лично от звеното за административно обслужване при компетентния орган |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: |

……………………………………………………………………………………………………….

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели. Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

* като вътрешна препоръчана пощенска пратка
* като вътрешна куриерска пратка
* като международна препоръчана пощенска пратка на посочен от Вас адрес в чужбина………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  | По електронен път на електронна поща |

*Изразявам своето съгласие Регионална здравна инспекция да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи с цел осъществяване 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:…………………………..**