|  |  |
| --- | --- |
| ДО ДИРЕКТОР НА ДИРЕКЦИЯ  „ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ“  ОБЩИНА ВАРНА | Рег. № АУ…………………………ВН  Дата …………………………………… |

**З А Я В Л Е Н И Е**

**за издаване на удостоверение за осигурителен стаж (УП-3)**

от ……………………………………………………………………………………………………………ЕГН/ЕИК…………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

адрес………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

тел. …………………………………………………………………… e-mail: ……………………………………………………………………

Моля, да ми бъде издадено удостоверение Образец УП-3 за периода от ...............................................до ......................................................................................

Работил/а/ съм в:.................................................................................................................

На длъжност:.......................................................................................................................

Документът ще ми послужи пред:.........................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |

Приложения:

* Копие от трудова книжка
* Копие на нотариално заверено пълномощно (когато искането не се подава лично от заинтересованото лице)

\*Задължително се представя **оригинал на пълномощно** за сверяване от служителя, приемащ заявлението.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Получаване: |  | *На място в Информационния център* |
|  | *Чрез пощенска/куриерска пратка (за сметка на заявителя) на адрес:* |
|  | *По електронен път на e-mail:* |

* *Информиран/а съм, че личните ми данни се обработват за целите на административното обслужване.*

Подпис:……………………….