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

**ДО**

**ДИРЕКТОРА**

**НА РЗИ-ДОБРИЧ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

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

*име, презиме, фамилия*

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

община …………………………………………………………………………….......……….……………………..

ж.к./ ул. ............................................................................................. № …………….......……………………………

бл. …………......., вх. ........................., ап. .........................., тел. …………………........…………………………...

ЕГН ……………………………………………………………………………….........……….

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 от 2006 г.) личната ми здравна книжка.

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

 *наименование на обекта*

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

*адрес на обекта*

Лекар заверил здравната книжка: ………………………………………………………….УИН ………………..

Заявявам желанието си заверената ми здравна книжка да бъде получена:

 Чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: ………………………......……………………………………………………………………………………………...

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването ѝ за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен/а документите да бъдат пренасяни за служебни цели. Заверената ми здравна книжка да бъде изпратена:

 като вътрешна препоръчана пощенска пратка

 като вътрешна куриерска пратка

 като международна препоръчана пощенска пратка

 лично от центъра за административно обслужване при Регионална здравна инспекция -Добрич

Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция-Добрич 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.

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 пощенски оператор).

Дата: ..................... Подпис:…………………..

Гр./с. ..................... .....................