Приложение № 11 към чл. 56, ал. 1

Вх.№ ..... / .....202.... г.

ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР									

ДО
ТЕРИТОРИАЛНА ЕКСПЕРТНА
ЛЕКАРСКА КОМИСИЯ (ТЕЛК)

ЧРЕЗ
РЕГИОНАЛНА КАРТОТЕКА НА
МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА (РКМЕ)
ГР. ШУМЕН

ЗАЯВЛЕНИЕ – ДЕКЛАРАЦИЯ

от (трите имена) .....

роден(а) на ....., л. к.(пасп.)№ ....., изд. на....., от .....

Постоянен адрес: гр./с..... пощ. код ☐☐☐☐ обл. .....

ж.к./ул. ..... № ....., бл. ....., вх. ....., ап. .....

Настоящ адрес: гр./с..... пощ. код ..... обл. .....

ж.к./ул. ..... № ....., бл. ....., вх. ....., ап. .....

Адрес за кореспонденция:

- ☐ Съвпада с постоянен адрес;
- ☐ Съвпада с настоящ адрес;
- ☐ Друг адрес: гр./с. ..... пощ. код ☐☐☐☐ обл. .....
- ☐ ж.к./ул. ..... № ....., бл. ....., вх. ....., ап. .....
- ☐ телефон за връзка…… ел. адрес.....

Данни за упълномощеното лице или за законния представител

Попълва се само ако декларацията се подава от упълномощено лице или от законен представител на малолетно, непълнолетно или поставено под запрещение физическо лице

(трите имена)

.....

ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР									

роден(а) на ....., л. к. (пасп.) № ....., изд. на ....., от .....

Постоянен адрес: гр./с. ..... пощ. код ☐☐☐☐ обл. .....

ж.к./ул. ..... № ....., бл. ....., вх. ....., ап. .....

Настоящ адрес: гр./с. ..... пощ. код ..... обл. .....

ж.к./ул. ..... № ....., бл. ....., вх. ....., ап. .....

Адрес за кореспонденция:

- ☐ Съвпада с постоянен адрес;
- ☐ Съвпада с настоящ адрес;
- ☐ Друг адрес: гр./с. ..... пощ. код ☐☐☐☐ обл. .....

ж.к./ул. ..... № ....., бл. ....., вх. ....., ап. .....

- ☐ телефон за връзка…… ел. адрес.....

Желая да бъда представен/а / детето ми да бъде представено на ТЕЛК за:

☐ Освидетелстване;
- ☐ временна неработоспособност;
- ☐ трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане;

☐ Преосвидетелстване по повод:
- ☐ изтичане срока на последното експертно решение;
- ☐ влошено здравословно състояние;
- ☐ подобрено здравословно състояние;
- ☐ дата на инвалидизиране;
- ☐ противопоказни условия на труд;
- ☐ причинна връзка;
- ☐ социални придобивки;
- ☐ други поводи, предвидени в нормативни актове.

(Забележка: Избира се от посочените)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

- ☐ Не получавам (детето ми / пълномощникът ми не получава) пенсия;
- ☐ Получавам (детето ми / пълномощникът получава) пенсия по пенсионно досие № …….....;
- ☐ Не работя;
- ☐ Не се осигурявам;
- ☐ Осигурявам се като .....;
- ☐ Работя в .....;
- ☐ Съм военнослужещ
- ☐ Съм под закона на МВР
- ☐ С професионално заболяване

Известно ми е, че за невярна декларация нося отговорност по чл.313 от Наказателния кодекс.
Съгласен(а) съм да се ползват личните ми данни за медицинската експертиза.

Придружаващи документи:

1. …….....…
2. …….....……
3. …….....……
4. …….....……
5. …….....……

☐ Запознат/запозната съм, че експертното решение ще бъде електронно подписано.

Във връзка с това заявявам, че желая да го получа:

☐ по електронен път при условията и по реда на Закона за електронното управление;

☐ хартиено копие на експертното решение лично или от упълномощено от мен лице, (посочва се лицето):
……..……;

☐ хартиено копие на експертното решение с писмо с известие за доставяне на следния адрес:

……;

☐ Уведомен/уведомена съм, че личните ми данни се обработват и съхраняват от органите на медицинската експертиза за целите на настоящото производство по освидетелстване преосвидетелстване по силата на нормативен акт.

☐ Давам съгласие за предоставяне на достъп до здравните записи в електронното ми здравно досие на органите на медицинската експертиза за целите на настоящото производство по освидетелстване преосвидетелстване.

ЗАЯВИТЕЛ/ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ/ПЪЛНОМОЩНИК:

гр.

Дата: ..... 202..... г. **.....**

(подпис)