

Вх. № .....

**ДО ДИРЕКТОРА**

Дата: .....

**НА РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ:**

ден, месец, година

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**за издаване на свидетелство за имунизационно състояние**

От \_\_\_\_\_

(трите имена на заявителя)

**УВАЖАЕМИ Г-Н / Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Моля, да бъде издадено свидетелство за имунизационно състояние (на български език)

на лицето \_\_\_\_\_

(трите имена на лицето по лична карта)

роден/а на \_\_\_\_\_

ЕГН

| | | | | | | | | | | |

Адрес: гр.(с.) \_\_\_\_\_

Община (район) \_\_\_\_\_

ул.(ж.к.) \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_

бл. \_\_\_\_\_

вх. \_\_\_\_\_

ет. \_\_\_\_\_

ап. \_\_\_\_\_

**Посещавани детски и учебни заведения:****Прилагам:**

- Личен имунизационен паспорт / ЛЗОК
- Лична амбулаторна карта / Здравна карта на дете
- Друг документ удостоверяващ извършени имунизации
- Документ за платена такса

**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 \_\_\_\_\_

Уникален номер на заявката: \_\_\_\_\_