Приложение № 11 към чл. 56, ал. 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Вх.№ ................................... / ........................202.... г.

ДО

ТЕРИТОРИАЛНА ЕКСПЕРТНА

ЛЕКАРСКА КОМИСИЯ (ТЕЛК)

ЧРЕЗ

РЕГИОНАЛНА КАРТОТЕКА НА

МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА (РКМЕ)

ГР. СОФИЯ

**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)