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

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

Вх.№ .......................... / ......................20..... г.  ДО ТЕРИТОРИАЛНА ЕКСПЕРТНА ЛЕКАРСКА КОМИСИЯ (ТЕЛК) ЧРЕЗ РЕГИОНАЛНА КАРТОТЕКА НА МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА (РКМЕ) ГРАД ВЕЛИКО ТЪРНОВО**ЗАЯВЛЕНИЕ – ДЕКЛАРАЦИЯ** от *(трите имена)* ............................................................................................................................................ роден(а) на ..........................., л. к. (пасп.) № .................................., изд. на ......................., от ............................. вал.до………………..Постоянен адрес: гр./с. .......................................... пощ. код  общ. ..................................... ж.к./ул. ................................................................................................. № .........., бл. ......., вх. ......., ет. ...…, ап. ......, Настоящ адрес: гр./с. ................................................... пощ. код  общ. ..................................... ж.к./ул. ................................................................................................. № .........., бл. ......., вх. ......., ет. ...…, ап. ......, Адрес за кореспонденция: * Съвпада с постоянен адрес;
* Съвпада с настоящ адрес;
* Друг адрес: гр./с. ........................................ пощ. код  общ. .......................................

ж.к./ул. ....................................................................................... № .........., бл. ......., вх. ......., ет. ...…, 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)* .............................................................................................................................................  (*име, презиме и фамилия на закония представител/пълномощник*)

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

 роден(а) на ..........................., л. к. (пасп.) № .................................., изд. на ........................, от ............................. вал.до………………..Постоянен адрес: гр./с. .......................................... пощ. код  общ. ..................................... ж.к./ул. ................................................................................................. № .........., бл. ......., вх. ......., ет. ...…, ап. ......, Настоящ адрес: гр./с. ................................................... пощ. код  общ. ..................................... ж.к./ул. ................................................................................................. № .........., бл. ......., вх. ......., ет. ...…, ап. ......, Адрес за кореспонденция: * Съвпада с постоянен адрес;
* Съвпада с настоящ адрес;
* Друг адрес: гр./с. ........................................ пощ. код  общ. .......................................

ж.к./ул. ....................................................................................... № .........., бл. ......., вх. ......., ет. ...…, 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 на срока на последното решение;
* влошено здравословно състояние;
* подобрено здравословно състояние;
* срока 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 ми получава) пенсия по пенсионно досие

№ …………………………………………… |
| * Не работя;
* Работя в ………………………………………………………………………………………………………….;
* Не се осигурявам;
* Осигурявам се като ……………………………………………………………………………………………..;

Известно ми е, че за невярна декларация нося отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс. |
| 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.
 |
|  гр……………………… ЗАЯВИТЕЛ / ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ / ПЪЛНОМОЩНИК:Дата: …………………….. 20……. г. …………………………………………. *(подпис)*  |