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

**ДО**

**ТЕРИТОРИАЛНА ЕКСПЕРТНА ЛЕКАРСКА КОМИСИЯ (ТЕЛК) ЧРЕЗ**

**РЕГИОНАЛНА КАРТОТЕКА НА**

**МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА (РКМЕ)**

**ГРАД ВЕЛИКО ТЪРНОВО**

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

# в случаите по чл. 69а от Наредба за медицинската експертиза

от *(трите имена)*………………………………………………………………………………….…… роден(а) на………………………, л.к. (пасп.) № ,

изд. на………………..…….., от …………………….. валидна до:……………………………...

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Постоянен адрес: гр./с………………………..… | пощ. код |  |  |  |  | обл………………… |

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 законния представител/пълномощник)*

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

роден/родена на……………., л.к. (пасп.) №……………………, изд. на…………….., от …………..

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Постоянен адрес: гр./с………………………..… | пощ. код |  |  |  |  | обл………………… |

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

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

# ДЕКЛАРИРАМ, че желая да бъда/детето ми да бъде:

|  |
| --- |
| **Освидетелстван/о:** |
| **Преосвидетелстван/о** |

*(Забележка: Избира се от посочените)*

# само за уврежданията, които са дефинитивни състояния. Представям медицински документи, съдържащи резулатати от медико-диагностични изследвания и консултации, свързани с увреждания, които са дефинитивни състояния.

Декларацията се подава на основание чл.56, ал.3 от Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи.

гр. …………………… **ЗАЯВИТЕЛ/ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ/ПЪЛНОМОЩНИК**

дата …………20……г. ………………………………

 *(подпис)*