Вх.№ ..... / .....20..... г.

ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР									

ДО
ТЕРИТОРИАЛНА ЕКСПЕРТНА
ЛЕКАРСКА КОМИСИЯ (ТЕЛК)
ЧРЕЗ
РЕГИОНАЛНА КАРТОТЕКА НА МЕДИЦИНСКАТА
ЕКСПЕРТИЗА (РКМЕ) ГРАД …….

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 законния 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. ……..
6. ……..
7. ……..
8. ……..
9. ……..
10. ……..

гр……

ЗАЯВИТЕЛ / ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ / ПЪЛНОМОЩНИК:

Дата: …….. 20……. г.

…….

(подпис)