Вх. № ………………….. / ……………..

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - ПЛЕВЕН**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от

*/трите имена/*

живущ в гр./с. ……………………………….. ул. ………………………………………………..

ж.к. ………………….………… бл. ……………………. вх. …….. а п. …… тел. …………………

телефон/GSM………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ЕГН/ЛНЧ*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,**

Моля да ми бъде издадено **Удостоверение за осигурителен стаж (обр. УП – 3)** за периода от ………….……….…... г. до …………………..…………г.

Работил-(а) съм в РЗИ-Плевен, РИОКОЗ-Плевен, ХЕИ-Плевен, РЦЗ-Плевен,

 ***/нужното се подчертава/***

за периода: от …………………………………….….…… до ……….……………………….…….

на длъжност-и ...................................................................................

в отдел…………………………………………………………………………………………………

дирекция………………………………………………………………………………………………

**Прилагам следните документи:**

* Копие от трудова книжка в частта удостоверяваща, че лицето е работило в съответното предприятие.
* Писмо с данни от НОИ

**Заявявам, желанието си издадения индивидуален административен акт да бъде получен:**

* Лично от сградата на РЗИ - Плевен
* Чрез лицензиран пощенски оператор…………………….……………………………………

на адрес...........................................................................................................................................

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването

* По електронен път на електронна поща:.....................................................................................

Дата: …………………. Подпис: …………………….

 Предоставените от Вас данни са защитени, съгласно Закона за защита на личните данни и нормативните актове, регламентиращи защитата на информация, и се обработват само във връзка с осъществяването на установените със закон функции на Регионалната здравна инспекция - Плевен.