**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

Гр. София, 1431, бул. Акад. Иван Гешов № 15 e-mail: [rzi\_so@rzi-sfo.bg](mailto:rzi_so@rzi-sfo.bg)

Тел. 02/807 87 00; факс: 02/807 87 10 www.rzi-sfo.bg

Вх. № ……………………………….

Гр. София,………………………… 20…. г.

**ДО**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**гр. София**

**бул. „Акад. Иван Гешов” № 15**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за издаване на Удостоверение образец УП-2 за брутно трудово възнаграждения или доход

От …………………………………………………………………………………………………………………….

(име, презиме и фамилия)

Адрес: гр. (с.) …………………………………………….., община ……………………………………………

Област …………………………………………………….., ПК …………………

E-mail ………………………………………………………., тел. номер за контакти …………………………

**УВАЖАЕМИ/А ГОСПОДИН/ГОСПОЖО ДИРЕКТОР**,

С настоящия формуляр желая да подам:

**Заявление/Искане за издаване на Удостоверение образец УП-2**

На: ………………………………………………………………………………………………………………….

(име, презиме и фамилия през съответния период)

ЕГН ……………………, роден(а) на ……………………….., в гр.(с.) ……………………………………..

община ………………………………..……………., област …………………………………………………

**за периода:**

от …………………….. до ………………….. на длъжност ……………………………………………………….

от …………………….. до ………………….. на длъжност ……………………………………………………….

в …………………………………………………………………………………………………………………………

(РЗИ-Софийска област, РИОКОЗ – София, ХЕИ – София, РЦЗ-Софийска област),

дирекция …………………………………………….., отдел ………………………………………………………

**Желая да получа отговор**:

(отбелязва се избрания начин на получаване)

□ на място – в Звеното за административно обслужване;

□ чрез лицензиран пощенски оператор - на адрес……………………………………………………..

□ чрез куриер - на адрес………………………………………………………………………………….…,

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

**Прилагам следните документи**:

1. Ксерокопие от трудова (служебна) книжка

Дата: ……………………..20…г. **Подпис**: ………………

*Декларация за ползване на лични данни*

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

Долуподписаният/а, ……………………………………………………………… изразявам своето съгласие РЗИ – Софийска област да обработва, съхранява и архивира личните ми данни чрез компютърни и други системи, с цел осъществяване на законово регламентираните функции. Уведомен/а съм за целта и средствата за обработка на данните ми и сферата на ползването им, както и с правото ми на достъп до и на поправка на данните.

Подпис: ………………………….. Дата: ……………………….год.