**РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО**

РЕГИОНАЛНА ЗДРАВНА ИНСПЕКЦИЯ – СОФИЙСКА ОБЛАСТ

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

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

Вх. № ..................... / .............. 202 ... г.

**ДО Уникален № РУ – АУ-1350**

**ДИРЕКТОРА НА**

**РЗИ - СОФИЙСКА ОБЛАСТ**

**БУЛ. “АКАД. ИВАН ГЕШОВ” № 15**

**ГР. СОФИЯ**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

за извършване на оценка на седмично учебно разписание

/Наредба № 10 от 19.06.2014 г. за здравните изисквания при изготвяне и спазване на седмичните учебни разписания/

от ........................................................................................................................................................................................................

/ трите имена на лицето /

на длъжност .......................................................................................................................................................................................

училище ..............................................................................................................................................................................................

брой паралелки:……………………………………………....; брой ученици:………………………………………………………………

адрес на училището ...........................................................................................................................................................................

телефон за връзка………………………………………………………………………………………………………………………………...

e-mail…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**УВАЖАЕМИ Г-Н/ Г-ЖО ДИРЕКТОР,**

Предоставям на Вашето внимание седмичното учебно разписание на училището за първи / втори учебен срок на учебната 202…. / ……….. г. за извършване на оценка.

**За целта прилагам следните документи**:

1. Утвърдено с подпис и печат от директора на училището седмично учебно разписание - в три еднообразни екземпляра за съответния учебен срок.
2. Уведомление – да/не

* Този документ се подава само от директорите на средищни или иновативни училища, когато в случаите на целодневна организация на учебния ден не могат да бъдат спазени изискванията на чл. 6, ал. 1 и ал. 2 от Наредба №10/2014 г.

1. Документ за платена държавна такса.

**Начини на плащане:**

* **в брой** - в Центъра за административно обслужване(ЦАО) на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41
* **картови плащания чрез инсталиран ПОС терминал** - в Центъра за административно обслужване(ЦАО) на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41;
* **по банков път** по транзитната сметка на РЗИ – Софийска област:
  + - Банка: ТБ УниКредит Булбанк АД
    - IBAN: BG22UNCR96603125006216
    - BIC: UNCRBGSF
  + **E-плащане** чрез единната входна точка, достъпна на адрес: <https://pay.egov.bg/>

**Заявявам желанието си издадения Протокол за оценка на седмичното учебно разписание да бъде получен:**

* на място - Центъра за административно обслужване(ЦАО) на РЗИ – Софийска област, на адрес: ПК 1431 гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15, етаж 3, кабинет № 41
* чрез лицензиран пощенски оператор - на адрес………………………………………………………………………., като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването
* чрез куриер – на адрес………………………………………………………………………………………………………,
* по електронен път – на email адрес:………………………………………………………………………………………,
* чрез Системата за сигурно електронно връчване на адрес: <https://edelivery.egov.bg/>

Дата: ................................. Подпис: ................................

***Декларация за ползване на лични данни***

***Изразявам своето съгласие Регионалната здравна инспекция - 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 на декларатор: .......................................                                                                       дата: .......................... 20....г.