

Вх.№...../.....20.....г.

<b>ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР</b>									

**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.....

валидна до:.....

Постоянен адрес: гр./с..... пощ. код 

--	--	--	--

 обл.....

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

Настоящ адрес: гр./с..... пощ. код 

--	--	--	--

 обл.....

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

**(с приложено удостоверение за настоящ адрес от общината, ако лицата са регистрирани на този адрес най-малко 3 месеца преди подаване на заявлението)**

Адрес за кореспонденция:

Съвпада с постоянен адрес;

Съвпада с настоящ адрес;

Друг 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)*

<b>ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР</b>									

*(трите имена)*.....

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

Постоянен адрес: гр./с..... пощ. код 

--	--	--	--

 обл.....

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

Настоящ адрес: гр./с..... пощ. код 

--	--	--	--

 обл.....

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

Адрес за кореспонденция:

Съвпада с постоянен адрес;

Съвпада с настоящ адрес;

Друг адрес: гр./с..... пощ. код     обл.....

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

телефон за връзка..... ел. адрес.....

**Желая да бъде 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 срока на последното експертно решение

влошено здравословно състояние

подобро здравословно състояние

срока на инвалидизиране

противопоказани 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 не получава) пенсия по пенсионно

досие №.....;

Не работя;

Работя в.....

(наименование на фирмата, адрес на седалището – гр./с., ул./кв., №, телефон на работодател и заемана длъжност)

Не се осигурявам;

Осигурявам се като.....

**Придружаващи документи:**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

гр.....

**ЗАЯВИТЕЛ/ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ/ПЪЛНОМОЩНИК**

дата.....20.....г.

(подпис)