До
Център за психично здраве
„Проф. Н. Шипковенски” ЕООД
гр. София, ул. “Екзарх Йосиф” № 59
ел. поща: cpz_ns@abv.bg

З А Я В Л Е Н И Е
за медицинско удостоверение за психично здраве

От *(трите имена)*.....

с ЕГН ……

с адрес: гр./с. ..... община/район .....

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

мобилен телефон:.....

електронна поща .....

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО / УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН УПРАВИТЕЛ,
Желая да ми бъде издадено от лечебно заведение Център за психично здраве „Проф. Н. Шипковенски” ЕООД медицинско удостоверение за психично здраве:

☐ медицинско удостоверение с медицински преглед за постъпване на работа (цена 30 лева)

☐ медицинско удостоверение с медицински преглед за носене на оръжие, лиценз и други за МВР –КОС (цена 40 лева)

☐ медицинско удостоверение с медицински преглед за сключване на граждански брак (цена 30 лева)

☐ медицинско удостоверение с медицински преглед за обучение, работа и др. в чужбина (цена 40 лева)

☐ медицинско удостоверение с медицински преглед за работа с класифицирана информация (цена 40 лева)

☐ медицинско удостоверение с медицински преглед за достъп до национални стратегически обекти (цена 40 лева)

☐ медицинско удостоверение с медицински преглед за постъпване на работа и периодични прегледи съгласно Наредба № 4/24.10.2016г. на МЗ (цена 30 лева)

☐ медицинско удостоверение с медицински преглед за постъпване във ВУЗ (цена 20 лева)

☐ медицинско удостоверение с два лекарски прегледа от ЛКК за българско гражданство (цена 80 лева)

☐ втори екземпляр на медицинско удостоверение (цена 10 лева).

☐ експертна оценка от специалист за осиновяване (цена 40 лева).

Удостоверението ми е необходимо, за да ми послужи пред / за: ……

……

(*продължава на стр. 2*)

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:

1. Предоставям на лечебното заведение моите лични данни (съдържащи се в настоящото заявление и в нужните за издаване на удостоверението декларации и документи) по моя свободна воля;

2. Давам своето съгласие Център за психично здраве „Проф. Н. Шипковенски" ЕООД да обработва предоставените му от мен мои лични данни за целите на издаването на искането от мен медицинско удостоверение;

3. Съгласен съм с мен да бъде проведено интервю и преглед дистанционно с електронни средства по интернет, за което може да бъде използван предоставеният от мен номер на мобилен телефон; уведомен съм, че без преглед удостоверение не може да ми бъде издадено;

4. Съгласен съм при започване на прегледа да представя мой валиден документ за самоличност с цел установяването й от лечебното заведение;

5. Съгласен съм да получа искането медицинско удостоверение/справка по електронен път на предоставения от мен по-горе адрес на електронна поща, който декларирам, че е мой;

6. Съгласието ми за обработване на лични данни от лечебното заведение и провеждане на процедурата за издаване на удостоверение/справка по електронен път е формирано свободно и е информирано;

7. Информиран/а съм, че имам право да не предоставя личните ми данни или съгласие за обработването им от лечебното заведение и при отказ от предоставянето им удостоверението не може да ми бъде издадено от това лечебно заведение без други последици;

8. Предоставените от мен лични данни и информация в приложената декларация са точни и верни.

ПРИЛАГАМ:

Декларация за обстоятелства във връзка с психичното здраве, подписана от мен.

Дата: …… г.

ЗАЯВИТЕЛ И ДЕКЛАРАТОР: ……..

/*имена и подпис*/