

ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР									

ДО  
ТЕРИТОРИАЛНА ЕКСПЕРТНА  
ЛЕКАРСКА КОМИСИЯ (ТЕЛК)  
ЧРЕЗ  
РЕГИОНАЛНА КАРТОТЕКА НА  
МЕДИЦИНСКАТА ЕКСПЕРТИЗА (РКМЕ)  
ГРАД.....

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**в случаите по чл. 69а от Наредба за медицинската експертиза**

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.....

--

 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)*

ЕДИНЕН ГРАЖДАНСКИ НОМЕР									

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

Постоянен адрес: гр./с..... пощ. код 

--	--	--	--

 обл.....

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

--

 телефон за връзка..... ел. адрес.....

**ДЕКЛАРИРАМ, че желая да бъда/детето ми да бъде:**

--

 Освидетелстван/о:

--

 Преосвидетелстван/о

*(Забележка: Избира се от посочените)*

**само за уврежданията, които са дефинитивни състояния. Представям медицински документи, съдържащи резултати от медико-диагностични изследвания и консултации, свързани с увреждания, които са дефинитивни състояния.**

Декларацията се подава на основание чл.56, ал.3 от Правилник за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи.

гр.....

**ЗАЯВИТЕЛ/ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ/ПЪЛНОМОЩНИК**

дата.....20.....г.

.....

*(подпис)*