**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**от ……………………………………………………………………………….**

**ЕГН: ………………………………. лична карта № …………………..…….,**

**издадена от ……………………………………………………………………,**

**на ……………………….г.**

**Д Е К Л А Р И Р А М**

**своето съгласие за предоставяне на личните ми данни във връзка с участие в скринингово изследване свързано с превенция на репродуктивните заболявания, финансирано от община Пловдив.**

Дата: Декларатор:

гр. Пловдив

**З А Я В Л Е Н И Е**

от …………………………………………………………………………………………….

адрес:……………………………………………………………………………………………

тел. за връзка: …………………………………………

Желая да бъда включен/а в скринингово изследване свързано с превенция на **репродуктивните заболявания**, финансирано от община Пловдив.

Декларирам, че отговарям на посочените в обявата критерии, както следва:

1. Български гражданин/гражданка съм, притежаващ/а постоянен или настоящ адрес на територията на община Пловдив;

2. Нямам задължения към община Пловдив по отношение на местни данъци и такси;

3. Нямам прекъснати здравноосигурителни права към момента на подаване на заявлението за участие в в скрининговото изследване;

4. Пълнолетен/пълнолетна съм – във възрастовата граница до 35 години;

5. Не съм поставен/а под запрещение към момента на подаване на заявлението за участие в скрининговото изследване;

6. Не съм включен/а в процедура за лечение на стерилитет.

**Известно ми е, че за декларирани неверни данни нося наказателна отговорност по чл.313 от Наказателния кодекс.**

**Забележка:** *С Вашите лични данни работят инструктирани служители*

Дата: Подпис:

гр. Пловдив