**ОТ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЕООД/ООД,**

**ЕИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** със седалище и

адрес на управление: гр./с\_\_\_\_\_\_\_,

представлявано от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

**за неотложност на пътуване по време на извънредно положение**

**Долуподписаният, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ЕГН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** с постоянен/настоящ адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **удостоверявам и декларирам,** **че** пътуването ми на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. / за периода от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г. **е неотложно и се налага поради медицински причини,** изразяващи се в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

посочете обстоятелството, налагащо пътуването Ви поради здравословни причини, например:посещение на терапия при доктор в лечебно заведение, профилактичен преглед при доктор в лечебно заведение, хоспитализация в лечебно заведение, друго.

Декларацията да послужи пред държавните органи на Република България, в това число пред органите на МВР, по време на действие на **Заповед № РД-01-143/2003 от 20.03.2020 г.**, приета на основание чл. 63, ал. 1 от Закона за здравето по повод обявено на **13.03.2020 г. с Решение на НС извънредно положение в Република България.**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г., **Декларатор:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпис

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

три имена

|  |
| --- |
| **Бележка:**  **По желание** можете да носите и документ, доказващ обстоятелството, налагащо пътуването (копие на направление, копие от резервация на час за преглед, имейл от лекаря за назначена среща, съпътстващи заболяването Ви медицински документи, друго. |