**ДЕКЛАРАЦИЯ**

за съгласие за разкриване на данъчна и осигурителна информация и лични данни

 От........................................................................................................................................ЕГН..............................

**(**име, презиме, фамилия**)**

Постоянен адрес: ..........................................................................................................................................................................

**(**държава, област, община, град**(**село**)**, ул. №, ж.к., бл., вх., ап.**)**

 По повод подадена молба за отпускане на помощ давам изрично писмено съгласие конкретните ми индивидуализиращи данни относно наличието на:

- регистрирана фирма на едноличен търговец;

- доходи, декларирани по реда на чл. 50 ЗДДФЛ;

да бъдат предоставени от органите на Националната агенция за приходите на дирекция "Социално подпомагане" – град ................

 Дата: ................................ Декларатор: .................................

**(**подпис**)**

Гр. ................................ Служител: ....................................

**(**подпис**)**

Забележка.

Лицето полага подписа си в момента на подаване на декларацията пред съответния служител на дирекция "Социално подпомагане", респективно пред служител на лечебното заведение за болнична помощ.

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

за съгласие за разкриване на данъчна и осигурителна информация и лични данни

 От........................................................................................................................................ЕГН................................

**(**име, презиме, фамилия**)**

Постоянен адрес: ..........................................................................................................................................................................

**(**държава, област, община, град**(**село**)**, ул. №, ж.к., бл., вх., ап.**)**

 По повод подадена молба за отпускане на помощ давам изрично писмено съгласие конкретните ми индивидуализиращи данни относно наличието на:

- регистрирана фирма на едноличен търговец;

- доходи, декларирани по реда на чл. 50 ЗДДФЛ;

да бъдат предоставени от органите на Националната агенция за приходите на дирекция "Социално подпомагане" – град ................

 Дата: ................................ Декларатор: .................................

**(**подпис**)**

Гр. ................................ Служител: ....................................

**(**подпис**)**

Забележка.

Лицето полага подписа си в момента на подаване на декларацията пред съответния служител на дирекция "Социално подпомагане", респективно пред служител на лечебното заведение за болнична помощ.