…………………………………………………………………………………………………….,

*(образователна институция)*

Адрес: ……………………………………………………… Телефон: …………….…………….

Е-mail: …………………………………………………………………………….………………..

**ФОРМУЛЯР**

за регистриране на резултатите от извършена проверка на документи за

включване в дейностите по

**НП „ПРОФИЛАКТИКА И РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ“**

**I. Цел на проверката:**

Да бъдат проверени постъпилите документи за включване в дейностите по НП „Профилактика и рехабилитация на педагогическите специалисти“, 2024 г.

**II. Обхват на проверката:**

Проверка на изискуеми документи за участие в дейностите по НП „Профилактика и рехабилитация на педагогическите специалисти“.

**III. Показатели за проверка:**

Представените документи са на ***педагогическия специалист***:

……………………………………………………………………………………………………,

 *(име, презиме, фамилия на участника)*

…………………………………………………………………………………………………….,

*(заемана длъжност от педагогическия специалист)*

С Декларация по образец и приложени документи към нея, с входящ № …………./…………., лицето заявява желание за включване в дейностите по:

* **Модул 1** „Профилактика на педагогическите специалисти“
* **Модул 2** „Рехабилитация на педагогическите специалисти“

*(отбележете със знак „Х“ модула, в който педагогическият специалист заявява желание за участие)*

**За включване в дейностите по Модул 1 „Профилактика на педагогическите специалисти“ е извършена проверка на следните документи и съответствия на срокове:**

* Приложена е Декларация за включване на педагогическия специалист в Модул 1 по образец;
* Приложен е разходооправдателен документ за извършените прегледи;
* Извършените прегледи са в срока на Националната програма (24.04.-15.09.2024 г.);
* Приложен е утвърден списък от директора на педагогически специалисти *(само в случаите, когато директорите на държавните и общинските училища и ДГ, на ЦПЛР, РЦПППО, НДД и ДЛЦ са сключили договор с медицински център за провеждането на групови профилактични прегледи)*.

*(отбележете със знак „Х“ наличието на задължителните документи и регламентирани срокове)*

**За включване в дейностите по Модул 2 „Рехабилитация на педагогическите специалисти“ бе извършена проверка на следните документи и срокове:**

* Приложена е Декларация за включване на педагогическия специалист в Модул 2 по образец;
* Приложен е разходооправдателен документ за проведена рехабилитация;
* Извършената рехабилитация е в срока на Националната програма (24.04.-15.09.2024 г.);
* Извършената рехабилитация частично попада в срока на Националната програма (24.04.-15.09.2024 г.);
* Приложено е Медицинско направление Бланка МЗ № 119а'98 от личен или лекуващ лекар за необходимостта от рехабилитация;
* Приложено е Удостоверение за ползване на парична помощ за профилактика и рехабилитация, издадено от съответното Териториално поделение на НОИ **или** Протокол за проведена рехабилитация.

*(отбележете със знак „Х“ наличието на задължителните документи и регламентирани срокове)*

В резултат на извършената проверка, удостоверявам, че документите са в съответствие с изискванията на НП „Профилактика и рехабилитация на педагогическите специалисти“, одобрена с РМС № 295/ 24.04.2024 г. и одобрявам педагогическия специалист за включване в дейностите по Модул 1 и/или Модул 2 наНП „Профилактика и рехабилитация на педагогическите специалисти“.

*(подчертайте модула по който педагогическия специалист е одобрен за включване в НП)*

Директор:……………………………….

 *(подпис и печат)*