

МІСЬКОМУ ГОЛОВІ

_____ (прізвище ім'я по батькові)

_____ (прізвище ім'я по батькові, дата народження заявника)

проживаю _____

_____ (адреса)

_____ паспорт серія _____ номер _____

виданий _____

_____ (ким і коли виданий паспорт)

_____ Телефон _____

ЗАЯВА

Прошу надати дозвіл для проведення психіатричного огляду / або надання психіатричної допомоги малолітньому (ній) особі віком до 14 років

_____ (прізвище, ім'я, по батькові дитини)

_____ року народження, який (яка) проживає/перебуває _____,

_____ (адреса проживання чи перебування в державному, комунальному закладі, патронатній сім'ї, інші сімейні форми)

у зв'язку незгоди одного з батьків/або за відсутності батьків _____

_____ (потрібне підкреслити та зазначити ПІБ того з батьків, який (яка) не надає згоду, а також вказати місце його/її проживання та контактний телефон; в разі відсутності батьків у дитини, зазначити, що дитини-сирота, дитина, позбавлена батьківського піклування, дитина, яка залишилася без батьківського піклування)

До заяви додаю належний пакет документів:

- 1.
- 2.

_____ (дата)

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

Примітка:

Відповідно до ст. 11 Закону України "Про захист персональних даних" надаю згоду на обробку та використання моїх персональних даних для здійснення повноважень, пов'язаних із розглядом даного запиту.

_____ (дата)

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)