

**Орган опіки та піклування
Гребінківської міської ради
Полтавської області**
37400, м. Гребінка,
вул. Ярослава Мудрого, 35
тел.(05359) 91267

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(дата народження заявника)

(телефон)

(адреса)

ЗАЯВА

В судовому порядку розглядається судова справа про визнання П.І.Б. недієздатним, дата народження, місце проживання.

Прошу розглянути питання про можливість призначення мене опікуном та надати висновок органу опіки і піклування.

*** Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних у межах необхідних для надання адміністративної послуги. З правами і обов'язками щодо обробки моїх персональних даних ознайомлений**

(дата)

(підпис)

(прізвище, ініціали)