|  |
| --- |
| ***Голові Центрально – Міської*** |
| ***районної у місті ради*** |
| ***Катерині Мурашовій*** |
| ***Сидоренка Петра Івановича*** |
| *(П.І.Б. заявника)* |
| *АМ 605050 Центрально – Міським РВ КМУ* |
| *УМВС України у Дніпропетровській обл. 20.01.2000* |
| *21.02.2000* |
| *(серія та номер паспорта, ким та коли виданий)* |
| *1919202021* |
| *(ІНН фізичної особи – платника податків)* |
| *м.Кривий Ріг,вул.Шкільна, буд.35* |
| *(місце реєстрації або місце проживання)* |
| *096-732-12-17* |
| *(контактний телефон)* |

***ЗАЯВА***

Прошу прийняти рішення про припинення функціонування прийомної сім’ї (дитячого будинку сімейного типу), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_яка була створена і функціонувала за адресою\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Даю свою згоду на обробку персональних даних відповідно Закону України "Про захист персональних даних"

***До заяви додаю:***

- заява неповнолітньої дитини віком від 14-18 років;

- копія паспорта заявників (стор. 1,2,11);

- копія свідоцтва про народження дитини;

- копія рішення про надання статусу дитині та влаштування її до прийомної сім'ї або дитячого будинку сімейного типу;

- документ, що підтверджує підставу припинення функціонування прийомної сім’ї або дитячого будинку сімейного типу

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

(дата) (підпис)