|  |
| --- |
| ***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 розглянути питання і прийняти рішення про повернення мені на виховання малолітню дитину, Сидоренко Катерину Іванівну 15.12.2009,

 *(П.І.П. та дата народження дитини)*

дитина позбавлена батьківського піклування

*(зазначити статус дитини)*

яка перебуває у інтернаті для дітей позбавлених батьківського піклування

у зв’язку зі зміною сімейних обставин.

Надаю згоду на обробку персональних даних відповідно Закону України "Про захист персональних даних".

***До заяви додаюдокументи:***

- Заява батьків дитини або одного з них;

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

- копія свідоцтва про народження або копія паспорта дитини (стор. 1,2,11);

- копія документа, що підтверджує підставу повернення дитини на виховання батькам або одному з них;

- довідка про реєстрацію місця проживання заявника;

- довідка про доходи заявника;

- висновок про стан здоров’я заявника заявника.

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