

**Голові Саксаганської районної у місті ради
Василю Старовойту**

(П.І.Б. друківаними літерами)

(серія, номер паспорта, ким і коли виданий)

(ідентифікаційний номер фізичної особи – платника податків)

(місце реєстрації або місце проживання)

(контактний телефон)

З А Я В А

Про прийняття рішення (згоди) про проведення психіатричного огляду або надання психіатричної допомоги особі віком до 14 років у разі незгоди одного з батьків або за відсутності батьків

Прошу прийняти рішення про надання згоди на проведення психіатричного огляду мого (моєї) сина/доньки

(ПІБ дитини, дата народження)

Батько/мати дитини, гр. _____

(ПІБ батька/матері)

не надали відповідну згоду.

Несу юридичну відповідальність за достовірність наданих мною документів.

«__» _____ 20__ р.

(підпис)

(ПІБ суб'єкта звернення)

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю згоду на обробку моїх персональних даних; проінформований про склад, зміст зібраних персональних даних, мету їх збору, права щодо захисту персональних даних та третіх осіб, яким можуть передаватися мої персональні дані та несу відповідальність за достовірність інформації, наданої до виконкому районної у місті ради.

«__» _____ 20__ р.

(підпис)

(ПІБ суб'єкта звернення)

Заповнюється адміністратором:

«__» _____ 20__ р.

Реєстраційний номер: _____

(підпис)

(ініціали та прізвище адміністратора)

**Голові Саксаганської районної у місті ради
Василю Старовойту**

(П.І.Б. друківаними літерами)

(серія, номер паспорта, ким і коли виданий)

(ідентифікаційний номер фізичної особи – платника податків)

(місце реєстрації або місце проживання)

(контактний телефон)

З А Я В А

Про прийняття рішення (згоди) про проведення психіатричного огляду або надання психіатричної допомоги особі віком до 14 років у разі незгоди одного з батьків або за відсутності батьків

Прошу прийняти рішення про надання згоди на проведення психіатричного огляду малолітньому (ій)

(ПІБ дитини, дата народження)

Батько дитини, гр. _____,
(ПІБ батька/матері)
відсутній у зв'язку з _____
(зазначити причину)

Мати дитини, гр. _____
(ПІБ батька/матері)
відсутня у зв'язку з _____
(зазначити причину)

Несу юридичну відповідальність за достовірність наданих мною документів.

«__» _____ 20__ р. _____
(підпис) (ПІБ суб'єкта звернення)

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» даю згоду на обробку моїх персональних даних; проінформований про склад, зміст зібраних персональних даних, мету їх збору, права щодо захисту персональних даних та третіх осіб, яким можуть передаватися мої персональні дані та несу відповідальність за достовірність інформації, наданої до виконкому районної у місті ради.

«__» _____ 20__ р. _____
(підпис) (ПІБ суб'єкта звернення)

Заповнюється адміністратором:

«__» _____ 20__ р. _____
(підпис) (ініціали та прізвище адміністратора)

Реєстраційний номер: _____