Приложение № 3

к административному регламенту

предоставления государственной услуги

«Выдача органом опеки и попечительства согласия на установлении отцовства лица, не состоящего в браке с матерью ребенка, в случае смерти матери, признания ее недееспособной, невозможности установления места нахождения матери или лишения ее родительских прав»

|  |  |
| --- | --- |
|  | Начальнику управления опеки и попечительства  администрации Беловского муниципального района  С.А. Литвиновой |
|  | от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;  (фамилия, имя, отчество заявителя полностью) |
|  |  |
|  | проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
|  | Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
|  | выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

Заявление

о выдаче согласия на установления отцовства

Прошу дать мне согласие на установление отцовства над ребенком мужского / женского (нужное подчеркнуть) пола \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребенка)

зарегистрированным по месту жительства (пребывания) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

родившемся «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в

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

(место рождения ребенка)

у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. матери ребенка)

которая умерла / признана недееспособной / лишена родительских прав / сведения о месте пребывания которой отсутствуют (нужное подчеркнуть), что подтверждается прилагаемым документом (указать документ, подтверждающий смерть матери, признание ее недееспособной, невозможность установления места ее пребывания или лишение ее родительских прав (свидетельство о смерти матери, решение суда о признании матери недееспособной или о лишении ее родительских прав либо решение суда о признании матери безвестно отсутствующей или документ, выданный органом внутренних дел по последнему известному месту жительства матери, подтверждающий невозможность установления ее места нахождения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Об ответственности за достоверность и полноту представленных в соответствии с действующим законодательством сведений и обязательстве извещать орган опеки и попечительства обо всех их изменениях в течение 5 дней с момента их наступления предупрежден.

На обработку и использование моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(согласен, не согласен) даю согласие

Решение в предоставлении государственной услуги предоставлено (нужное отметить)\*

\_\_\_\_ в Многофункциональном центре по предоставлению государственных и муниципальных услуг (далее – МФЦ) личном обращении

\_\_\_\_ в органе опеки и попечительства при личном обращении

# 

# \* заполняется в случае, если заявление и документы поданы заявителем через МФЦ

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Заявитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О.)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись специалиста, принявшего заявление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_