Додаток 1
до інформаційної картки № 71-101

Голові Саксаганської районної у місті ради
Василю Старовойту

_____

_____

_____
(П.І.Б. друкованими 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 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)*