*Додаток*
*до інформаційної картки № 43-01*
*(пункт 9)*

***Голові Саксаганської районної у місті ради***

_____

_____
( П.І.Б. заявника, друкованими літерами)

_____
(законний представник: мати/батько, опікун,
мати/батько-вихователь, прийомна мати/батько)

_____
(серія, номер паспорта, ким і коли виданий)

_____
(ідентифікаційний код згідно ЄДРПОУ юридичної або фізичної особи – платника податків)

_____
(місце реєстрації або місце проживання)

_____
(контактний телефон, електронна пошта)

***ЗАЯВА***
***(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 надати згоду на проведення психіатричного огляду або надання психіатричної допомоги малолітньому/малолітній

_____,
*(П.І.Б., дата народження дитини повністю)*

який/яка проживає за адресою:_____
_____,

у звязку з _____
*(причина)*

Докукмент, виданий лікувальним закладом щодо необхідності проведення психіатричного огляду_____

*Несу відповідальність за достовірність інформації, наданої до виконкому районної у місті ради.*

***Спосіб доведення до відома заявника результату послуги (адміністративного акту):***
отримати: особисто, через представника (законного представника)
_____
*(зазначити який саме)*

«___»_____ 20____р. _____ _____
*(підпис)* *(ПІБ заявника)*

Заповнюється адміністратором:

«___» _____ 20__р. Реєстраційний номер _____

_____ _____
*(підпис)* *(ініціали та прізвище адміністратора)*

_____