**Примірний зразок звернення опікуна (піклувальника)**

Міському голові

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

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

(Прізвище, ім'я, по батькові заявника)

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

(Адреса проживання, телефон)

#### ЗАЯВА

Прошу звільнити мене від виконання обов'язків опікуна (піклувальника) над дитиною \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ПІБ) дитини, \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата народження), у зв'язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (поміщення дитини до медичного, навчального, виховного закладу, іншого закладу або установи, в яких проживають діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування; між опікуном (піклувальником) та дитиною склалися стосунки, які перешкоджають здійсненню опіки (піклування).

Даю згоду на обробку персональних даних.

Дата Підпис

**Заповнюється адміністратором**

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 р. Реєстраційний номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата надходження заяви)

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

 (підпис) ініціали та прізвище адміністратора

\* - заява має бути посвідчена в установленому законодавством порядку або написана в присутності адміністратора УАП

**Примірний зразок звернення дитини**

Міському голові

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

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

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

(Прізвище, ім'я, по батькові заявника)

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

(Адреса проживання, телефон)

#### ЗАЯВА

Прошу звільнити від виконання обов'язків мого піклувальника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ПІБ), у зв'язку з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (поміщення дитини до медичного, навчального, виховного закладу, іншого закладу або установи, в яких проживають діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування; між опікуном (піклувальником) та дитиною склалися стосунки, які перешкоджають здійсненню опіки (піклування).

Даю згоду на обробку персональних даних.

Дата Підпис

**Заповнюється адміністратором**

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 р. Реєстраційний номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата надходження заяви)

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

 (підпис) ініціали та прізвище адміністратора

\* - заява має бути посвідчена в установленому законодавством порядку або написана в присутності адміністратора УАП