**Міському голові**

**Леоніду ЛАЗУРЕНКУ**

(П.І.Б)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживаю (зареєстрований) за адресою:

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

контактний телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВА

##### Прошу вирішити питання про проведення психіатричного огляду (або надання психіатричної допомоги) дитини, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

##### року народження, яка мешкає за адресою: ,

 (П.І.Б. дитини віком до 14 років, адреса мешкання)

##### в зв’язку з незгодою одно із батьків (законного представника дитини) або за відсутності батьків

|  |
| --- |
|  |
| (пояснити обставини, вказати причину та обґрунтувати звернення, у разі негоди одного з батьків або за відсутності батьків)  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Даю згоду на обробку, використання, оприлюднення та зберігання моїх персональних даних у межах, необхідних для надання адміністративної послуги.

Посвідчую, що повідомлений (*повідомлена*) про включення інформації про мене до бази персональних даних, ознайомлений (*ознайомлена*) про мої права, визначені Законом України «Про захист персональних даних».

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

 (дата) (підпис) (ім’я та прізвище)