|  |
| --- |
| *Наименование процедуры, номер процедуры (согласно Указа Президента Республики Беларусь от 26.04.2010г. №200)* |
| **Принятие решения об освобождении опекунов (попечителей) от выполнения ими своих обязанностей (4.11.)** |
| *Наименование отдела, осуществляющего процедуру* **(прием документов)** |
| Служба «одно окно» |
| *№ кабинета, телефон, Ф.И.О. ответственного работника (лица его замещающего на время отсутствия)* |
| Прокопович Татьяна Витальевна, т. 43-90-10,  Моисеенко Елена Владимировна, т. 46-63-25 |
| *Установленное время для подачи документов* |
| Понедельник, вторник, четверг, пятница - 8.00-17.00, перерыв с 13.00 до 14.00;  Среда - 8.00-20.00, без перерыва;  В субботу: с 9.00 до 13.00  Выходной: воскресенье. |
| *Документы и (или) сведения, представляемые гражданином при обращении* |
| * заявление кандидата в опекуны (попечители) * паспорт или иной документ, удостоверяющий личность |
| *Размер платы, взимаемой за осуществление административной процедуры* |
| бесплатно |
| *Максимальный срок осуществления административной процедуры* |
| 15 дней со дня подачи заявления |
| *Срок действия* |
| бессрочно |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Председателю Полоцкого райисполкома | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  | (фамилия, имя, отчество полностью) | | |
|  | паспорт |  | |
|  | (серия, номер, кем и когда выдан) | | |
|  | проживающего (ей) по адресу: | | |
|  |  | | |
|  | (город/ деревня, улица, дом) | | |
|  | телефон | |  |

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу освободить меня о выполнения обязанностей опекуна (попечителя) в отношении***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

( идентификационные сведения о недееспособном, ограничено дееспособном гражданине)

проживающим(ей) по адресу ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

признанным (ой) судом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование суда)

Недееспособным (ограниченно дееспособным) в связи с ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(причина освобождения)

К заявлению прилагаю документы, необходимые для освобождения от опекунства (попечительства).

1.***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« » 20 г. ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***