приложение 7

к административному регламенту предоставления на территории Ленинградской

области государственной услуги по установлению патронажа над совершеннолетними дееспособными гражданами, которые по состоянию здоровья не могут самостоятельно осуществлять и защищать свои права и исполнять свои обязанности

Форма

В

*(наименование органа опеки*

*и попечительства)*

от

*(ФИО (последнее при наличии)*

*заявителя) Реквизиты документа, удостоверяющего личность:*

*(указываются наименование документа, серия, номер, кем и когда выдан)*

*Адрес места жительства (пребывания):*

*Адрес электронной почты*

*(при наличии):*

Номер контактного телефона:

ЗАЯВЛЕНИЕ

о согласии с установлением патронажа и назначением помощника

Я, ,

*(указывается Ф.И.О. (последнее при наличии)*

согласен(на) с установлением в отношении меня патронажа и с назначением для меня помощника:

*(указываются Ф.И.О. (последнее при наличии) помощника число, месяц, год рождения)*

(дата) (подпись) (Ф.И.О.)

Заявление принял

(дата приема) (подпись специалиста)

(фамилия, инициалы)

(дата)