|  |
| --- |
| В Островецкий районный |
| исполнительный комитет |
|  |
|  |
| (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое) |
| имеется) заявителя |
| проживающего(ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| наименование населенного пункта |
|  |
| (вид документа, |
| серия ( при наличии), номер, дата выдачи, |
| наименование государственного органа его выдавшего  тел.(дом.) |
| моб. |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  Прошу объявить меня полностью дееспособным, в связи с тем, что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать причину)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

Даю согласие на предоставление по запросу уполномоченного органа другими государственными органами, иными организациями документов и (или) сведений, необходимых для осуществления административной процедуры, содержащих информацию, касающуюся заинтересованного лица и относящуюся к коммерческой или иной охраняемой законом тайне.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » | \_\_\_\_\_\_\_\_ | 20\_\_\_ г. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (число, месяц, год) | | | | | (личная подпись заявителя) | (инициалы, фамилия) |