|  |
| --- |
| 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 выдавшеготел.(дом.) |
| моб. |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕПрошу 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) |