|  |  |
| --- | --- |
| Руководителю органа опеки  и попечительства | |
| от |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| проживающего по адресу: | |
|  | |
| (адрес) | |
| паспорт: | |
|  | |
| (номер, серия, выдан, дата выдачи) | |
| действующего по доверенности от: | |
|  | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о проведении психиатрических освидетельствований несовершеннолетних и помещении   
их в медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях**

Прошу принять решение о проведении психиатрического освидетельствования и помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет (больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до 16 лет), место жительства)

по причине \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются обстоятельства, вызвавшие необходимость проведения психиатрического освидетельствования или помещения в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях)

Решение органа опеки и попечительства требуется в связи   
с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(указывается причина: возражение одного из родителей, отсутствие родителей или иного законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Результат предоставления государственной услуги по принятию решений органа опеки и попечительства о проведении психиатрических освидетельствований несовершеннолетних и помещении их в медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях прошу представить/направить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лично, посредством почтового отправления, через Архангельский региональный портал государственных и муниципальных услуг (функций) – выбрать нужное).

Подтверждаю достоверность представленной информации.   
Я предупрежден(а) об ответственности за представление недостоверных   
или неполных сведений.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | года |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись/ расшифровка подписи) |

Приложение:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | года |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись/ расшифровка подписи) |