|  |  |
| --- | --- |
|   | Жлобинский районный исполнительный комитет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется))\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место жительства (место пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 4.8 |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о принятии решения об установлении патронажа

(назначении помощника)

Прошу принять решение об установлении патронажа над \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество)

и назначить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

моим помощником.

Перечень прилагаемых документов:

* письменное согласие лица на осуществление патронажа (назначение его помощником);
* медицинская справка о состоянии здоровья лица, давшего согласие на осуществление патронажа (назначение его помощником).

 « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)

Уведомление о принятом административном решении прошу направить посредством

* СМС – уведомления

 4.8

 Жлобинский районный

 исполнительный комитет

 ***Иванова Ивана Ивановича***

 фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется)

 место жительства (место пребывания):

 ***г. Жлобин, м-н 2, д. 1, кв. 1***

ЗАЯВЛЕНИЕ

о принятии решения об установлении патронажа

(назначении помощника)

Прошу принять решение об установлении патронажа над **Ивановым Степаном Ивановичем** и назначить **Козлова Андрея Ивановича**, проживающего по адресу: **г.Жлобин, ул. Советская, д. 25, кв. 8**, моим помощником.

Перечень прилагаемых документов:

* письменное согласие лица на осуществление патронажа (назначение его помощником);
* медицинская справка о состоянии здоровья лица, давшего согласие на осуществление патронажа (назначение его помощником).

 « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)

Уведомление о принятом административном решении прошу направить посредством

* СМС – уведомления