В Советский районный суд г. Красноярска

 Ульяновский пр-т, д. 4и

 г. Красноярск, 660111

 Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина, дата рождения и место

 рождения, один из идентификаторов (СНИСЛ,

 ИНН, серия и номер документа,

 удостоверяющего личность или номер

 водительского удостоверения)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заинтересованное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. лица, в отношении которого подается

 заявление, дата рождения и место рождения,

 один из идентификаторов (СНИСЛ,

 ИНН, серия и номер документа,

 удостоверяющего личность или номер

 водительского удостоверения)

 адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Орган опеки и попечительства администрации

 Советского района в г. Красноярске

 660111, г. Красноярск,

 ул. Партизана Железняка, 36

 Прокуратура Советского района г. Красноярска

 ул. Николаева, д. 3г

 г. Красноярск, 660073

ЗАЯВЛЕНИЕ

о признании гражданина ограниченно дееспособным

 Проживающий (ая) вместе со мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. лица, в отношении которого ставится вопрос о признании ограниченно дееспособным, и родственное отношение с ним заявителя)

с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. является инвалидом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группы. В связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_заболеванием. Из-за болезни он (она) не может понимать значения своих действий, руководить ими и нуждается в попечительстве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

изложить обстоятельства, свидетельствующие об расстройстве, вследствие которого лицо не может понимать значения своих действий и руководить ими)

что подтверждается \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Указанные обстоятельства подтверждаются также историей болезни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, которая находится в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (указать медицинское учреждение)

по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 В соответствии ст. 30 Гражданского кодекса Российской Федерации, ст. 281 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации

 ПРОШУ:

признать ограниченно дееспособным (ым) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. лица, в отношении которого ставится вопрос о признании ограниченно дееспособным, место и год его рождения, место проживания)

 Приложения:

 1. Копия свидетельства о рождении (заявителя).

 2. Копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности (при наличии).

 3. Копия паспорта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

 4. Копия паспорта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.)

 5. Квитанция об уплате госпошлины.

 6. Иные документы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заявитель

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

 (подпись)