В уполномоченный орган по осуществлению отдельных государственных полномочий по опеке и попечительству на территории муниципального образования Тихвинский муниципальный район Ленинградской области комитет социальной защиты населения администрации Тихвинского района Ленинградской области

|  |  |
| --- | --- |
| от заявителя |  |
| *(фамилия,* |
| *имя, отчество (при наличии) заявителя полностью)* |
| *дата рождения* |
| *гражданство* |
| Адрес регистрации заявителя по месту жительства: |
|  |
| *(почтовый индекс, область,* |
| *район, населённый пункт, улица, дом, корпус, квартира)* |
|  |
| Адрес регистрации заявителя по месту пребывания или фактического проживания |
| *(нужное подчеркнуть)*: |
| *(почтовый индекс, область,* |
| *район, населённый пункт, улица, дом, корпус, квартира)* |
|  |
| Контактные телефоны |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ЖЕЛАНИИ СТАТЬ НАСТАВНИКОМ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество (при наличии))*

Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(когда и кем выдан)*

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(адрес места жительства)*

Место пребывания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес места фактического пребывания)*

выражаю желание быть наставником в отношении лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, нуждающегося в сопровождении.

В связи с этим прошу заключить договор о постинтернатном сопровождении

(указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, нуждающегося в сопровождении, его дата рождения)

Подтверждаю, что я не отношусь к категории лиц:

* недееспособных или не полностью дееспособных граждан;
* лишённых родительских прав или ограниченных в родительских правах;
* бывших опекунов (попечителей), отстранённых от обязанностей опекуна (попечителя) за ненадлежащее выполнение возложенных на них законом обязанностей;
* бывших усыновителей, если усыновление отменено по их вине;
* страдающих хроническим алкоголизмом или наркоманией;
* лишённых права заниматься педагогической деятельностью в соответствии с вступившим в законную силу приговором суда;

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

*дата подпись, фамилия и инициалы заявителя*

* лиц, имеющих или имевших судимость, подвергающихся или подвергавшихся уголовному преследованию (за исключением лиц, уголовное преследование в отношении которых прекращено по реабилитирующим основаниям) за преступления против жизни и здоровья, свободы, чести и достоинства личности (за исключением незаконного помещения в психиатрический стационар, клеветы и оскорбления), половой неприкосновенности и половой свободы личности, против семьи и несовершеннолетних, здоровья населения и общественной нравственности, основ конституционного строя и безопасности государства, а также против общественной безопасности.

Дополнительно могу сообщить о себе следующее: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается место работы,

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

опыт в воспитании детей, подготовки кандидатов в опекуны или попечители и т.д.)

Предупреждён(а) о том, что за представление недостоверной либо искажённой информации несу уголовную ответственность, предусмотренную ст. 159.2 Уголовного кодекса Российской Федерации. Достоверность предоставляемых сведений подтверждаю.

К заявлению прилагаю следующие документы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование документа | Количество |
| 1. | Копия паспорта либо иного документа, удостоверяющего личность |  |
| 2. | Согласие на обработку персональных данных |  |
| 3. | Заключение медицинской организации о состоянии здоровья (терапевт, нарколог, психиатр) |  |
| 4. | Справка о наличии (об отсутствии) судимости, выданная уполномоченным органом государственной власти |  |
| 5. | Копия документа об образовании |  |
| 6. | Реквизиты банковского счета физического лица, открытого на его имя в банке |  |

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

дата подпись, фамилия и инициалы заявителя

заполняется специалистом:

Специалистом удостоверен факт собственноручной подписи заявителя в заявлении. Предъявленные документы проверил, заявление и представленные документы принял и зарегистрировал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата*

Специалист

органа опеки и попечительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись, фамилия и инициалы специалиста