

В Министерство труда и социальной защиты
Кабардино-Балкарской Республики
от _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, гражданство, документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места фактического проживания, контактный телефон)

**Заявление
о выдаче заключения о возможности быть опекуном (попечителем)**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)
прошу выдать мне заключение о возможности быть опекуном (попечителем)

(указываются фамилия, имя, отчество (при наличии)
совершеннолетнего недееспособного или не полностью
дееспособного гражданина, дата рождения)

Материальные возможности, жилищные условия, состояние здоровья и характер работы позволяют мне взять совершеннолетнего недееспособного или не полностью дееспособного гражданина под опеку (попечительство) <*>.

<*> Ненужное зачеркнуть.

Дополнительно могу сообщить о себе следующее: _____

(указывается наличие у гражданина необходимых знаний и навыков в осуществлении опеки (попечительства) над совершеннолетним недееспособным или не полностью дееспособным гражданином, в том числе информация о наличии документов о профессиональной деятельности, о прохождении программ подготовки кандидатов в опекуны или попечители и т.д.)

Результат государственной услуги прошу мне предоставить (указать):
при личной явке в филиал ГКУ «Республиканский центр труда, занятости и социальной защиты населения» в (округ или район): _____
почтовым отправлением по адресу: _____
в электронной форме: в личный кабинет на ЕПГУ (да/нет) _____
на электронную почту: _____

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
даю согласие на обработку и использование персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Достоверность представленных сведений и документов подтверждаю.

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Регистрационный номер заявления	Дата приема	Ф.И.О., должность специалиста	Подпись специалиста