

Голові органу опіки та піклування  
Лиманської міської ради  
Журавльову О.В.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(ПІБ заявника)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*(Адреса заявника)*

Тел.: \_\_\_\_\_

З а я в а

Прошу Вас надати мені повну цивільну дієздатність в зв'язку  
з \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

До

заяви

додаю:

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

\_\_\_\_\_  
*(Підпис заявника)*