|  |  |
| --- | --- |
| Руководителю органа опеки  и попечительства | |
| от |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| проживающего по адресу: | |
|  | |
| (адрес) | |
| паспорт: | |
|  | |
| (номер, серия, выдан, дата выдачи) | |
| действующего по доверенности от: | |
|  | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии)) | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об объявлении несовершеннолетнего полностью дееспособными (эмансипации)**

Прошу объявить меня, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения несовершеннолетнего, достигшего возраста 16 лет, место жительства)

полностью дееспособным в связи с тем, что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются обстоятельства, послужившие причиной для объявления несовершеннолетнего полностью дееспособным (эмансипации))

Результат предоставления государственной услуги прошу представить/направить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лично, посредством почтового отправления, через Архангельский региональный портал государственных и муниципальных услуг (функций) – выбрать нужное).

Подтверждаю достоверность представленной информации.   
Я предупрежден(а) об ответственности за представление недостоверных   
или неполных сведений.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | года |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись/ расшифровка подписи) |

Приложение:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | года |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись/ расшифровка подписи) |