|  |
| --- |
| 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**

**о выдаче разрешения органа опеки и попечительства
 законному представителю на дачу согласия на отказ от наследства в случае, когда наследником является несовершеннолетний гражданин,
достигший возраста 14 лет, либо ограниченно дееспособный**

Прошу предоставить разрешение на дачу согласия на отказ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

достигшего возраста 14 лет / признанного ограничено дееспособным

(нужное подчеркнуть)

решением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ суда от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_

(реквизиты решения суда указываются в случае, если гражданин признан ограниченно дееспособным)

от принятия наследства в виде следующего имущества \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(вид имущества и его описание)

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

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

(указывается причина)

Имущественные права несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения)

ущемлены не будут.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 20 |  | года |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись) |

Результат предоставления государственной услуги прошу представить/направить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (лично, посредством почтового отправления, через многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг и (или) привлекаемые
им организации, 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.

Приложение:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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