

В _____ суд
_____ области

Заявитель: Ф.И.О., дата рождения

место жительства:

г. _____, ул. _____, д. _____, кв. _____,
ИИН _____,

абонентский номер сотовой связи: _____

электронный адрес: _____

Заинтересованные лица: 1. Отдел здравоохранения г. _____
реквизиты и адрес

г. _____, ул. _____, д. _____

2. Отдел опеки и попечительства

ГУ «Управление образования города _____»,

Реквизиты и адрес

г. _____, ул. _____, д. _____

З А Я В Л Е Н И Е

(о признании гражданина недееспособным)

Мой сын _____ (указать Ф.И.О., число, месяц, год рождения)
является инвалидом _____ группы вследствие психического заболевания, что
подтверждаю копией справки об его инвалидности.

Из-за болезни мой сын не может понимать фактический характер и значение
своих действий и руководить ими, нуждается в опеке.

На основании изложенного, руководствуясь статьей 26 Гражданского кодекса
Республики Казахстан, статьями 323, 324, 326 Гражданского процессуального
кодекса Республики Казахстан,

П Р О Ш У:

1. Признать недееспособным гражданина _____ (указать
Ф.И.О. сына, число, месяц, год рождения, место рождения, место жительства).

Перечень прилагаемых к заявлению документов:

1. Копия заявления;
2. Квитанция об оплате госпошлины;
3. Копия свидетельства о рождении ребенка;
4. Справка об инвалидности;
5. Копия книги регистрации граждан;
6. Копия удостоверения личности заявителя.

Заявитель: _____ (подпись)

Ф.И.О. заявителя

Дата _____