В суд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_района

**Заявитель:** Ф.И.О., год рождения, паспортные данные; место жительства (место пребывания), контактные телефон, факс и эл.адрес (при их наличии).

**Заинтересованное лицо:** районный (городской) отдел здравоохранения, адрес.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о признании гражданина недееспособным**

Проживающий(ая) вместе со мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать фамилию, имя, отчество лица, в отношении которого*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, который(ая) приходится мне\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*ставится вопрос о признании недееспособным) (член семьи/близкий родственник)*

в настоящее время страдает психическим расстройством/*душевной болезнью/слабоумием (при наличие указать медицинский диагноз).*

Из-за болезни он (она) не может понимать значения своих действий, руководить ими и нуждается в опеке\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(изложить обстоятельства, свидетельствующие о душевной болезни или слабоумии, вследствие*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*чего лицо не может понимать значения своих действий и руководить ими)*

В соответствии со статьей 29 ГК Республики Беларусь, статьями 373, 374 ГПК Республики Беларусь и руководствуясь статьей 6 ГПК Республики Беларусь,

ПРОШУ:

1. Признать недееспособным(ой)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество лица, в отношении которого*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*ставится вопрос о признании недееспособным, место и год его рождения, адрес проживания)*

1. Истребовать выписку из истории болезни.
2. Назначить судебно-психиатрическую экспертизу.

**Приложение:** 1. Копия свидетельства о рождении на \_ л. в\_ экз.

2. Медицинское заключение *(при наличии)* на \_ л. в\_ экз.

3. Копия заявления на \_ л. в\_ экз.

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)