

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони

здоров'я України,

Міністерства внутрішніх справ України

17 грудня 2013 року № 1095/1239

Заява

**батьків (матері або батька), інших родичів або законного представника
про відмову забрати дитину з пологового будинку, іншого закладу
охорони здоров'я***

1. Я (мати), _____,
(прізвище, ім'я, по батькові матері дитини)
дата народження _____, паспорт _____,
(число, місяць, рік) (серія, номер, коли і ким виданий)
місце реєстрації _____,
(адреса)
місце проживання _____,
(адреса)
сімейний стан _____,
про себе додатково повідомляю _____

(наводиться важлива інформація)

2. Я (батько), _____,
(прізвище, ім'я, по батькові батька дитини)
дата народження _____, паспорт _____,
(число, місяць, рік) (серія, номер, коли і ким виданий)
місце реєстрації _____,
(адреса)
місце проживання _____,
(адреса)
сімейний стан _____,
про себе додатково повідомляю _____

(наводиться важлива інформація)

Відмовляюсь забрати свою дитину _____
(стать дитини, прізвище, ім'я, по батькові**)
дата народження «__» _____ 20__ р.
із _____
(найменування закладу охорони здоров'я, місце його знаходження***)
у зв'язку з тим, що _____

(вказати причини, з яких матір, батько відмовляються забрати дитину
з пологового будинку або з іншого закладу охорони здоров'я)

Я заявляю, що я повністю розумію викладене мною. Правові наслідки відмови
забрати дитину з пологового будинку або з іншого закладу охорони здоров'я, надання

дитині статусу позбавленої батьківського піклування, усиновлення чи влаштування в інші форми сімейного виховання мені роз'яснені. Цю заяву написано мною добровільно.

3. Дані про інших родичів дитини

(прізвище, ім'я, по батькові, місце проживання (знаходження))		
(прізвище, ім'я, по батькові матері повністю)	(дата)	(підпис)
(прізвище, ім'я, по батькові батька повністю)	(дата)	(підпис)

4. Ми (я), ---

(прізвище, ім'я, по батькові кожного із законних представників неповнолітніх батьків (матері або батька) дитини)		
(паспорт: серія, номер, коли і ким виданий)****		

згодні (згоден, згодна) з відмовою неповнолітніх батьків (матері або батька) дитини забрати дитину з пологового будинку або з іншого закладу охорони здоров'я.

(прізвище, ім'я, по батькові матері повністю)	(дата)	(підпис)
(прізвище, ім'я, по батькові батька повністю)	(дата)	(підпис)

Юрист		
	(підпис)	(П. І. Б.)
Психолог		
	(підпис)	(П. І. Б.)
Лікуючий лікар		
	(підпис)	(П. І. Б.)
Головний лікар		
	(підпис)	(П. І. Б.)
Працівник центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді		
	(підпис)	(П. І. Б.)

М.П. (печатка закладу охорони здоров'я)

«__» _____ 20__ р.

* Інші родичі дитини або законний представник заповнюють окрему заяву за цією самою формою. Прізвище, ім'я, по батькові кожного з них та ступінь родинного зв'язку з дитиною зазначаються відповідно у пункті першому особою жіночої статі, у пункті другому – особою чоловічої статі.

** Прізвище, ім'я, по батькові дитини зазначаються у разі, якщо мати, батько відмовляються забрати із закладу охорони здоров'я дитину, яка вже має свідоцтво про народження.

*** Зазначаються найменування закладу охорони здоров'я, в якому народилась або перебуває дитина, та його місцезнаходження.

**** Заповнюється кожним законним представником неповнолітніх батьків (матері або батька) дитини (матір'ю, батьком, прийомним батьком, прийомною матір'ю, батьком-вихователем, матір'ю-вихователькою, піклувальником).