

Форма заявления о регистрации рождения ребенка в случае, если ребенок был оставлен в организации здравоохранения

Заявление принято
« ___ » _____ 20__ г.
регистрационный № _____

(наименование должности, подпись, фамилия,
инициалы должностного лица,
принявшего заявление)

Отдел загса администрации Ленинского района г. Гродно

(наименование органа, регистрирующего акты гражданского состояния)

Ивановой Валентины Ивановны
(фамилия, собственное имя, отчество заявителя)

Ст. медсестра УЗ «Детская областная клиническая больница»

(должность) (наименование организации)
документ, удостоверяющий личность

паспорт серия **КН № 0154408** выдан

Гродненским РОВД Гродненской области

(наименование (код) государственного органа,
выдавшего документ)

«12» августа 2020 г.

Запись акта о рождении
№ _____ от « ___ » _____ 20__ г.

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о регистрации рождения**

Прошу произвести регистрацию рождения ребенка мужского/женского (нужное подчеркнуть) пола, оставленного в организации здравоохранения, родившегося « **20** » **декабря** **2022** г.

В настоящее время ребенок находится в **УЗ «Детская областная клиническая больница»**

(наименование организации)

В записи акта о рождении и в свидетельстве о рождении прошу указать следующие сведения:

1) о ребенке:

фамилия _____ **Кошкин** _____

(указывается по фамилии родителей или одного из них/по фамилии матери, не состоящей в браке)

собственное имя _____ **Андрей** _____

отчество _____ **Александрович** _____

2) о матери (указываются в соответствии с медицинской справкой о рождении):

фамилия _____ **Кошкина** _____

собственное имя _____ **Мария** _____

отчество _____ **Игнатьевна** _____

идентификационный номер _____ **3456789K018PB4** _____

национальность _____ **белоруска** _____

дополнительные сведения _____

3) об отце (на основании записи акта о заключении брака родителей или иного документа, подтверждающего регистрацию заключения брака либо его прекращение или признание недействительным, если со дня прекращения брака или признания его недействительным прошло не более десяти месяцев):

фамилия _____ *Кошкин* _____

собственное имя _____ *Александр* _____

отчество _____ *Иванович* _____

идентификационный номер _____ *1234567K028PB1* _____

национальность _____ *белорус* _____

дополнительные сведения _____

К заявлению прилагаю следующие документы: *медицинская справка о рождении УЗ «Детская областная клиническая больница»*

«15» *января* 2023 г.

(подпись заявителя)