

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 ставится вопрос о признании недееспособным)*  
\_\_\_\_\_, который(ая) приходится мне \_\_\_\_\_,  
*(член семьи/близкий родственник)*

в настоящее время страдает психическим расстройством/душевной болезнью/слабоумием *(при наличии 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)*

2. Истребовать выписку из истории болезни.

3. 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)