|  |  |
| --- | --- |
| Заявление принято«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.,  рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, инициалы и подпись должностного лица)  Запись акта о рождении  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. | Отдел ЗАГС администрации Киквидзенского муниципального района Волгоградской области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, осуществляющего государственную регистрацию актов гражданского состояния)  Иванова Римма Трофимовна  (фамилия, имя, отчество (при наличии)  Заместитель главного врача  (должность)  ГБУЗ «Киквидзенская ЦРБ» Волгоградской области  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа внутренних дел, органа опеки и попечительства, медицинской организации, воспитательной организации либо организации социального обслуживания)  Россия, Волгоградская область, Киквидзенский район, станица Преображенская, ул. Комсомольская, 60  (место нахождения)  паспорт  (наименование документа, удостоверяющего личность)  серия 18 02 № 123456,  ОВД Киквидзенского района Волгоградской области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_22.05.2002 г.\_\_  (дата выдачи) |

Форма № 5

**ЗАЯВЛЕНИЕ О РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА НАЙДЕННОГО (ПОДКИНУТОГО), ОСТАВЛЕННОГО МАТЕРЬЮ**[[1]](#footnote-2)

**(заполнятся сотрудником внутренних дел, органа опеки и попечительства  
либо медицинской организации, воспитательной организации, организации  
социального обслуживания, в которую помещен ребенок)**

**Прошу:**

произвести государственную регистрацию рождения ребенка (отметить знаком V и указать соответствующие сведения):

пол: мужской

женский

найденного(подкинутого), обнаруженного «3»декабря 2018 г.,

Россия, Волгоградская область, Киквидзенский район, станица Преображенская, ул. Комсомольская, 60

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место обнаружения);

указать следующие сведения о ребенке в записи акта о рождении:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| фамилию | | Петров |
| имя | Петр | |
| отчество | | Петрович |

дату рождения «1 декабря» 2018 г.

Сведения о родителях неизвестны.

Прилагаю документ, выданный медицинской организацией и подтверждающий возраст  
и пол ребенка, а также документ об обнаружении ребенка, выданный (отметить знаком V):

органом внутренних дел органом опеки и попечительства

оставленного матерью в медицинской организации, в которой происходили роды  
или в которую мать обратилась после родов без предъявления документа, удостоверяющего  
ее личность, родившегося « » г.

присвоить ребенку:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| фамилию | | |  |
| имя |  | | |
| отчество | |  | |

Сведения о родителях в запись акта о рождении не вносить. К заявлению прилагаю акт  
об оставлении ребенка от «3»декабря 2018 г.;

оставленного матерью в медицинской организации, в которой происходили роды или  
в которую мать обратилась после родов с предъявлением документа, удостоверяющего  
ее личность, родившегося «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г.

присвоить ребенку:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| фамилию | | |  |
| имя |  | | |
| отчество | |  | |

**Сведения о родителях:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Мать** | **Отец** |
| **Фамилия** |  |  |
| **Имя** |  |  |
| **Отчество** |  |  |
| **Дата рождения** | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. | «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. |
| **Место рождения** |  |  |
| **Гражданство** |  |  |
| **Национальность** |  |  |
| **Внесение сведений**  **о национальности родителей в свидетельство о рождении ребенка**  (отметить знаком V) | **внести в свидетельство**  **не вносить в свидетельство** | **внести в свидетельство**  **не вносить в свидетельство** |
| **Место жительства** |  |  |
| **Документ, удостоверяющий личность** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование)  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование)  серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование органа, выдавшего документ)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата выдачи) |

**Основание для внесения сведений об отце ребенка:** свидетельство о заключении брака

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(наименование органа, которым была произведена государственная регистрация)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

запись акта № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г.

**Основание для государственной регистрации рождения**:

медицинское свидетельство о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

серия № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Документ, подтверждающий полномочия заявителя:**доверенность от«3»декабря\_2018г.,

ГБУЗ «Киквидзенская ЦРБ» Волгоградской области\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование органа, выдавшего доку

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)



1. Заполняется в случаях, предусмотренных статьями 19, 19.1Федерального закона от 15.11.1997 №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния». [↑](#footnote-ref-2)