В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районный (городской)

                                  суд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области

                                  (края, республики)

                                  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                         (Ф.И.О. заявителя, адрес)

                                  ЗАИНТЕРЕСОВАННЫЕ ЛИЦА: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

                                   (Ф.И.О. или наименование, адрес)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о признании гражданина дееспособным

     Вследствие психического заболевания гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                               (указать Ф.И.О.)

 решением суда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                (указать наименование суда, дату вынесения решения)

 был признан  недееспособным.

     В настоящее время гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выздоровел  и

                                 (указать Ф.И.О.)

 может понимать значение своих действий и руководить ими.

     В соответствии со ст.29 ГК РФ, ст.286 ГПК РФ

     ПРОШУ:

     1. Признать дееспособным гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                                     (указать Ф.И.О.)

 родившегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

                      (указать место и год его рождения)

 проживающего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

                            (указать его адрес)

     2. Назначить  судебно-психиатрическую  экспертизу состояния  его

здоровья.

     Приложение:

     1. Копия решения суда о признании гражданина недееспособным

     2. Медицинские справки, выписки из истории болезни

     3. Копия заявления (по числу заинтересованных лиц)

     4. Квитанция об уплате государственной пошлины

     Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_