ЗАЯВЛЕНИЕ **Островецкий** районный

 исполнительный комитет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_

*Иванова Ивана Ивановича*

*ул. Советскаяя, д.17, кв. 4,*

*г. Островец,*  паспорт *КН* № *4251896*

 выдан Островецким *РОВД от 14.09.2014,*

*тел. 80159173963*

 Прошу в соответствии со статьей 26 Гражданского кодекса Республики Беларусь объявить меня полностью дееспособным.

К заявлению прилагаю следующие документы:

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

 *Иванов* *И.И.Иванов*

 (подпись заявителя) (расшифровка подписи)