***ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ***

**Административная процедура 1.1.12** Принятие решения **о признании жилого помещения не соответствующим установленным для проживания санитарным и техническим требованиям**.

Бобруйский городской исполнительный комитет

(наименование уполномоченного органа, в который подается заявление)

от\_\_***Иванова Ивана Ивановича*** \_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью)

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

Адрес места жительства (пребывания) \_

***ул.50 лет Октября 17 кв.1***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять решение о признании одноквартирного жилого дома расположенного по адресу: г.Бобруйск, ул. Чапаева д.10 не соответствующим установленным для проживания санитарным и техническим требованиям.

**К заявлению прилагаю следующие документы:**

* 1. технический паспорт;
  2. документ, удостоверяющий право собственности на жилой дом

***«03» января 2024г***. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Иванов И. И.***

(дата) (подпись)

***БЛАНК ЗАЯВЛЕНИЯ***

**Административная процедура 1.1.12** Принятие решения **о признании жилого помещения не соответствующим установленным для проживания санитарным и техническим требованиям**.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Бобруйский городский исполнительный комитет  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество без сокращений)  проживающего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  места регистрациии  тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу принять решение о признании дома № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

не соответствующим установленным для проживания санитарным и техническим требованиям.

К заявлению прилагаю:

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

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_