

Начальникові головного управління (управління)
міграційної служби
в (у) _____

ФОТО
35 x 45 мм

М.П.

ЗАЯВА
про оформлення набуття громадянства України повнолітньою особою без
громадянства внаслідок усиновлення

Прошу оформити мені набуття громадянства України внаслідок усиновлення відповідно до частини третьої статті 11 Закону України "Про громадянство України".

Повідомляю про себе необхідні відомості.

№ з/п	Запитання	Відповіді
1	Прізвище (якщо змінювали прізвище, зазначити всі прізвища, які мали)	
	ім'я (якщо змінювали ім'я, зазначити всі імена, які мали)	
	по батькові (якщо змінювали по батькові, зазначити всі по батькові, які мали)	
2	Дата народження	
3	Місце народження	
4	Рішенням якого суду та коли Вас усиновлено	
5	Прізвище, ім'я, по батькові усиновителів, які є громадянами України	
6	Місце проживання та номер телефону	
7	Документи, які додаються до заяви	

Достовірність викладених у заяві відомостей і дійсність поданих документів підтверджую.

_____ 20__ року

_____ (підпис заявника)

СЛУЖБОВІ ВІДМІТКИ

Особа, яка подала заяву про оформлення набуття громадянства України внаслідок усиновлення, має:

а) паспортний документ серії _____ № _____, виданий _____

_____;
(коли та ким виданий паспортний документ)

б) посвідку на проживання для осіб без громадянства серії _____ № _____,
видану _____

_____;
(коли та яким органом видано посвідку)

Заяву прийняв, правильність її заповнення та всі необхідні документи, додані до заяви,
перевірив _____

_____;
(посада, прізвище та ініціали)

_____ 20 ____ року

(підпис)

Прийняте рішення

Оформити набуття громадянства України _____

_____;
(прізвище,

_____;
ім'я, по батькові)

відповідно до частини третьої статті 11 Закону України "Про громадянство України"
внаслідок усиновлення його (її) громадянином України з _____

_____;
(вказати дату)

*Особа набуває громадянства України з моменту набрання чинності рішенням суду
про усиновлення.*

Керівник територіального підрозділу
ДМС України

(підпис)

(прізвище та ініціали)

ПОГОДЖЕНО

Посадова особа територіального
органу ДМС України

(підпис)

(прізвище та ініціали)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Керівник територіального органу
ДМС України

(підпис)

(прізвище та ініціали)

_____ 20 ____ року