|  |
| --- |
|  |
| *Vaiko įstatyminio atstovo vardas, pavardė arba įstaigos pavadinimas* |
|  |
| *Deklaruotos gyvenamosios vietos arba įstaigos adresas* |
|  |
| *Telefono numeris., el. pašto adresas* |

Globos namų „Užuovėja“

Direktoriui

PRAŠYMAS

20 m. mėn. d.

|  |
| --- |
| Prašau priimti  |
| *vaiko vardas, pavardė, gimimo data*gyvenantį  |
| *vaiko gyvenamosios vietos adresas* |
| į globos namų „Užuovėja“ Vaikų, nukentėjusių nuo seksualinės prievartos, pagalbos centrą, atlikti psichologinį įvertinimą, parengiant rekomendacijas tolimesnei ilgalaikei kompleksinei pagalbai bei suteikti trumpalaikę psichologinę pagalbą dėl galimai patirto seksualinio smurto.

|  |
| --- |
| Informacija apie vaiko turimą negalią ir/ar specialiuosius poreikius: |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Žinomos seksualinio smurto aplinkybės (asmens, galimai įvykdžiusio nusikalstamą veiką, amžius, ryšys su vaiku, nusikalstamos veikos pobūdis ir kt.): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Apie galimai patirtą seksualinę prievartą informuotos kompetentingos institucijos (nurodant institucijos pavadinimą, kontaktinius asmenis institucijoje, informavimo datą):  |
|  |
|  |
|  |

Kito vaiko įstatyminio atstovo (jeigu yra) kontaktiniai duomenys:

|  |
| --- |
|  |
| *Vaiko įstatyminio atstovo vardas, pavardė*  |
|  |
| *Deklaruotos gyvenamosios vietos arba įstaigos adresas* |
|  |
| *Telefono numeris., el. pašto adresas* |

 |
|    |
| *Prašymą pildžiusio asmens vardas, pavardė, parašas* |