|  |
| --- |
|  |
| *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* |