|  |
| --- |
|  |
| *Institucijos pavadinimas* |
|  |
| *Institucijos adresas* |
|  |
| *Kontaktinis asmuo, 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 dėl galimai patirto seksualinio smurto, parengti bei pateikti psichologinio įvertinimo išvadą ir rekomendacijas tolimesnei ilgalaikei kompleksinei pagalbai bei suteikti trumpalaikę psichologinę pagalbą.  Ar Pagalbos centre planuojama (*reikiamą pabraukti*): vaiko apklausa (taip / ne / nežinoma), teismo medicinos eksperto apžiūra (taip / ne / nežinoma)? |
| 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): | |
|  | |
|  | |

Vaiko įstatyminių atstovų kontaktiniai duomenys:

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