**Образец написания заявления по АП 10.23.2**

***Для юридических лиц***

НА ФИРМЕННОМ БЛАНКЕ

Главному государственному

санитарному врачу

Кобринского района

Асташевич С.М.

**Заявление**

 Прошу провести государственную санитарно-гигиеническую экспертизу, выдать санитарно-гигиеническое заключение **о деятельности связанной с использованием источников иных вредных физических воздействий:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

расположенного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**о соответствии ее санитарным нормам, правилам и гигиеническим нормативам**

Предоставление необходимых дополнительных сведений для осуществления административной процедуры согласовано.

Ознакомлен с порядком и сроком административной процедуры.

Оплату гарантируем.

Наименование должности, подпись Фамилия, инициалы

 руководителя

 М.П.

Прилагаемые к заявлению документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ф.И.О. исполнителя, телефон***

**Образец написания заявления по АП 10.23.2**

***Для индивидуальных***

***Предпринимателей***

Главному государственному

санитарному врачу

Кобринского района

Асташевич С.М.

 ***Иванова\_И.И.***

 ***проживающего по адресу:***

***г. Кобрин, ул. Ленина, д.2, кв. 2***

***УНП 291252525, свидетельство о государственной регистрации выдано***

***Кобринским РИК 01.01.2001г. регистрационный номер в Едином государственном регистре юридических лиц и ИП 291252525***

(наименование гос.органа, иной организации, осуществивших государственную регистрацию, дата и номер решения о гос.регистрации, регистрационный номер в в Едином гос.регистре юридических лиц и ИП)

**Заявление**

 Прошу провести государственную санитарно-гигиеническую экспертизу, выдать санитарно-гигиеническое заключение **о деятельности связанной с использованием источников иных вредных физических воздействий:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

расположенного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**о соответствии ее санитарным нормам, правилам и гигиеническим нормативам**

Предоставление необходимых дополнительных сведений для осуществления административной процедуры согласовано.

Ознакомлен с порядком и сроком административной процедуры.

Оплату гарантируем.

Наименование должности, подпись Фамилия, инициалы

 руководителя

 М.П.

Прилагаемые к заявлению документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Ф.И.О. исполнителя, телефон***