Приложение № 2 к Регламенту

(бланк заявления)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | Администрация Каменского  муниципального образования | | | | | | |
| 1. | | **Заявитель** | | ***Для физических лиц***  Фамилия, имя, отчество (при наличии)  ***Для юридических лиц***  Полное наименование юридического лица | ***Для физических лиц***  Документ, удостоверяющий личность (вид, серия, номер, выдавший орган дата выдачи, код подразделения)  ***Для юридических лиц***  ОГРН | | Контактные данные (почтовый адрес, номер телефона, адрес электронной почты) |
|  | **физическое лицо (гражданин)** |  |  | |  |
|  | **юридическое лицо** |  |  | |  |
|  | **Представитель заявителя** *(заполняется в случае обращения представителя заявителя физического или юридического лица)* |  |  | |  |
| Прошу Вас внести изменения в порубочный билет и (или) разрешение на пересадку № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (изменением количества зеленых насаждений, подлежащих сносу, изменением количества зеленых насаждений, подлежащих пересадке) | | | | | | | |
| Прошу уведомить о дате, времени и месте проведения обследования деревьев и кустарников и ознакомления с актом осмотра, актом расчета компенсационной стоимости по телефону или посредством сообщения на электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (нужное указать)  Срок действия порубочного билета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  О необходимости обязательного присутствия при обследовании деревьев и кустарников и ознакомления с актом осмотра, актом расчета компенсационной стоимости не позднее рабочего дня, следующего за днем его проведения, а также о последствиях неявки на обследование, ознакомление и отказа подписания акта осмотра, акта расчета компенсационной стоимости осведомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | | | | | | |
| 2. | Подпись заявителя (представителя заявителя): | | | | | Дата: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись) (Инициалы, фамилия) | | | | | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. | |
| 3. | Отметка должностного лица, принявшего заявление и приложенные к нему документы: | | | | | Дата: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Подпись) (Инициалы, фамилия) | | | | | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. | |