

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (адрес)

**Акт**  
об оставлении ребенка матерью, не предъявившей документа,  
удостоверяющего ее личность, в медицинской организации, в которой  
происходили роды или в которую обратилась мать после родов

Руководитель медицинской организации \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

лечащий врач \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

юрист \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

при участии представителя органа опеки и попечительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество)  
составили настоящий акт о том, что “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. в \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут  
(дата)

в \_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

гражданка, не предъявившая документ, удостоверяющий ее личность, и сообщившая о себе следующие  
сведения \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_\*;

родила ребенка (обратилась после родов с ребенком) и покинула медицинскую организацию, оставив  
ребенка, не оформив согласие на усыновление (удочерение) или заявление о присвоении ребенку  
фамилии, имени, отчества и временном помещении ребенка на полное государственное обеспечение.

Сведения о ребенке: \_\_\_\_\_ пол, дата рождения: “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

Руководитель медицинской организации	_____	_____	_____
	(подпись)	(инициалы, фамилия)	(дата)

Лечащий врач	_____	_____	_____
	(подпись)	(инициалы, фамилия)	(дата)

Юрист	_____	_____	_____
	(подпись)	(инициалы, фамилия)	(дата)

Представитель органа опеки и попечительства	_____	_____	_____
	(подпись)	(инициалы, фамилия)	(дата)

М.П.

\* Фамилия, имя, отчество и адрес места жительства указываются со слов гражданки.