

Штамп органа

Начальнику \_\_\_\_\_  
(наименование территориального  
органа МВД России  
на районном уровне)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### об уничтожении дактилоскопической информации гражданина, прошедшего добровольную государственную дактилоскопическую регистрацию

Я, гражданин, законный представитель

\_\_\_\_\_  
(фамилия) (имя) (отчество)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения) (место рождения) (пол)

\_\_\_\_\_  
(гражданство) (сведения о регистрации по месту жительства)

Паспорт: \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия) (N паспорта) (когда и кем выдан)

Действующий на основании (для законного представителя):

\_\_\_\_\_  
(документ, N документа, кем, когда выдан)  
в отношении гражданина:

\_\_\_\_\_  
(фамилия) (имя) (отчество)

\_\_\_\_\_  
(дата рождения) (место рождения) (пол)

\_\_\_\_\_  
(гражданство) (сведения о регистрации по месту жительства)

\_\_\_\_\_  
выдан \_\_\_\_\_  
(документ) (серия) (номер) (когда и кем выдан)

Прошу Вас уничтожить дактилоскопическую информацию гражданина,  
прошедшего государственную дактилоскопическую регистрацию:

\_\_\_\_\_  
(когда) (где)

Сведения для контакта: \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес)

\_\_\_\_\_  
(электронный адрес) (контактный телефон)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_