

**БУЧАНСЬКА МІСЬКА РАДА**

|  |
| --- |
| **ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ** |

**(ПОЗАЧЕРГОВЕ ЗАСІДАННЯ)**

**РІШЕННЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| 31.10.2025 | № 2345 |

**Про надання дозволу на госпіталізацію у заклад**

**надання психіатричної допомоги малолітньої**

**дитини, \*\*\*\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*,**

**\*\*.\*\*.\*\*\*\* р.н.**

Керуючись Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», ст. ст. 31, 242 Цивільного кодексу України, ст. ст. 11, 12, 13 Закону України «Про психіатричну допомогу», Порядком провадження органами опіки та піклування діяльності, пов`язаної із захистом прав дитини, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 24.09.2008 № 866 «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов`язаної із захистом прав дитини», на підставі заяви громадянки **\*\*\*\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***, \*\*.\*\*.\*\*\*\* р.н., від 28.10.2025 за № П-\*\*\*\*\*, яка відповідно до довідки від 21.10.2025 № \*\*\*\*-\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* про взяття на облік внутрішньо переміщеної особи, зареєстрована за адресою: Харківська область, Чугуївський район, селище \*\*\*\*\*\*, вул. \*\*\* \*\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*, \*\*, кв. \*-\*, а фактично проживає за адресою: Київська область, Бучанський район, м. \*\*\*\*, вул. \*\*\*\*\*\*\*\*\*, \*\*-\*, кім. \*, на підставі медичного електронного направлення КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради від 27.10.2025 року за № \*\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*, виданого лікарем \*\*\*\*\*\*\*\* \*.\*., з метою планового стаціонарного лікування загального напрямку, враховуючи рекомендацію комісії з питань захисту прав дитини від 30.10.2025, з метою захисту прав і законних інтересів дитини, виконавчий комітет Бучанської міської ради

**ВИРІШИВ:**

1. Надати дозвіл на госпіталізацію малолітньої дитини  **\*\*\*\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***, \*\*.\*\*.\*\*\*\* р.н., у заклад надання психіатричної допомоги, у зв’язку з потребою стаціонарного лікування, за направленням КНП «Бучанський центр первинної медико-санітарної допомоги» Бучанської міської ради від 27.10.2025 за № \*\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*-\*\*\*\*.

2. Контроль за виконанням рішення покласти на заступника міського голови Дмитра Чейчука.

|  |  |
| --- | --- |
| **Міський голова** | **Анатолій ФЕДОРУК** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заступник міського голови** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*Особистий підпис* )  **31.10.2025** | **Дмитро ЧЕЙЧУК** |
| **В. о. керуючого справами** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*Особистий підпис* )  **31.10.2025** | **Богдана САВИЦЬКА** |
| **Начальник юридичного відділу** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*Особистий підпис* )  **31.10.2025** | **Юлія ГАЛДЕЦЬКА** |
| **Начальник центру соціальних служб**  **Управління соціальної політики** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*Особистий підпис* )  **31.10.2025** | **Лариса ФЕДОРУК** |
| **Начальник відділу служби**  **у справах дітей та сім’ї** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*Особистий підпис* )  **31.10.2025** | **В’ячеслав АРТЮШЕНКО** |