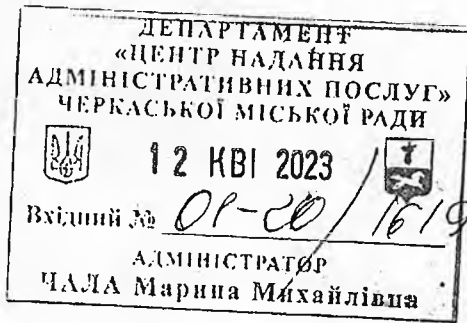


В-АП-08-1

Виконавчий комітет  
Черкаської міської ради



Департамент архітектури та  
містобудування Черкаської міської ради

РОТ Кострицької Валентини  
(повне найменування заявника: назва організації  
(підприємства) або прізвище, ім'я та по батькові)  
Михайлович  
18000, м. Черкаси, вул. Хрещатик, 175/1  
(адреса для листування)

тел. 067-770-61-58  
(номери контактних телефонів)

### ЗАЯВА

#### на видачу (внесення змін до) містобудівних умов і обмежень

Відповідно до Закону України (ст. 29) «Про регулювання містобудівної діяльності» прошу надати містобудівні умови і обмеження для проектування об'єкта будівництва на земельній ділянці загальною площею \_\_\_\_\_ га, кадастровий номер якої \_\_\_\_\_, документ на земельну ділянку \_\_\_\_\_

(документ, що посвідчує право власності/користування земельною ділянкою)

для проектування Реконструкція будівлі стоматологічного кабінету  
(наміри забудови)

з надбавкою технічного горіща в межах геометричного розміру фундаментів в плані

Адреса об'єкта будівництва: м. Черкаси, вул. Гоголя, 339  
(місцезнаходження земельної ділянки)

Коротка характеристика об'єкта будівництва:

- 1) висота - 90 16,0 м,
- 2) площа забудови - 63,78 кв.м,
- 3) загальна площа - 90 230 кв.м;
- 4) будівельний об'єм - 90 1000 куб.м
- 5) відсоток забудови - істотний %

При цьому даю згоду відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» на обробку моїх особистих персональних даних у картотеках та/або за допомогою інформаційно-телекомунікаційних систем з метою підготовки відповідно до вимог законодавства статистичної, адміністративної та іншої інформації з питань діяльності уповноваженого органу містобудування і архітектури.

«10» квітня 2023 р.

(підпис)

В.М. Кострицької  
(прізвище та ініціали)