Форма заявления кандидата в члены

общественного совета при исполнительном

органе государственной власти Камчатского

края (с приложением формы анкеты и

согласия на обработку персональных данных)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность руководителя

исполнительного органа государственной

власти Камчатского края)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, претендующего в члены

общественного совета исполнительного

органа государственной власти

Камчатского края)

проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый индекс, полный адрес/ адрес

фактического проживания, контактный

телефон)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу рассмотреть мою кандидатуру в члены общественного совета при

**Министерстве здравоохранения Камчатского края**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование исполнительного органа государственной

власти Камчатского края)

С условиями отбора ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна).

К заявлению прилагаю:

собственноручно заполненную и подписанную анкету с приложением

фотографии \_\_\_\_\_\_ на л.;

согласие на обработку персональных данных на \_\_\_\_\_\_ л.;

Дополнительно прилагаю (по желанию):

копию трудовой книжки или иных документов, подтверждающих трудовую

(служебную) деятельность гражданина на \_\_\_\_\_\_ л;

копии документов об образовании и (или) квалификации на \_\_\_\_\_\_ л;

копии документов о дополнительном профессиональном образовании (при

наличии) на \_\_\_\_\_\_ л;

копии документов о присвоении ученой степени, ученого звания (при

наличии);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись Ф.И.О.