

В Комиссию департамента здравоохранения области по соблюдению требований к служебному поведению государственных гражданских служащих и урегулированию конфликта интересов

от _____
(Ф.И.О.)

(наименование должности и структурного подразделения)

подразделения Департамента, телефон)

З А Я В Л Е Н И Е

Сообщаю, что я не имею возможности представить сведения о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своих

(Ф.И.О. супруги, супруга и (или) несовершеннолетних детей)

В СВЯЗИ С ТЕМ,
ЧТО _____

_____ (указываются все причины и обстоятельства, необходимые для того, чтобы Комиссия

_____ могла сделать вывод о том, что непредставление сведений носит объективный характер)

К заявлению прилагаю следующие дополнительные материалы (в случае наличия):
(указываются дополнительные материалы)

Меры, принятые государственным гражданским служащим области по предоставлению указанных сведений:

(дата)

(подпись, фамилия и
инициалы)