

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)