

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)