|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к Порядку  Министерство здравоохранения Кировской области |
|  |  |
|  | (фамилия, имя, отчество  (последнее – при наличии) полностью государственного гражданского служащего) |
|  |  |
|  | (наименование замещаемой должности) |
|  |  |
|  | (номер телефона) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  **о невозможности по объективным причинам представить сведения о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своих супруги (супруга) и несовершеннолетних детей**  Сообщаю, что не имею возможности представить сведения о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своей (своего) супруги (супруга) и своих несовершеннолетних детей (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилии, имена, отчества (последние - при наличии) полностью  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  супруги (супруга) и несовершеннолетних детей)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| в связи с тем, | что \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указываются все причины и обстоятельства, необходимые для | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  того, чтобы комиссия министерства здравоохранения Кировской  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  области по соблюдению требований к служебному поведению государственных гражданских служащих и урегулированию конфликта интересов могла сделать вывод о том, что непредставление указанных сведений носит объективный характер)  Мною приняты следующие меры по представлению указанных сведений:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  К заявлению о невозможности представить сведения прилагаются следующие копии документов и дополнительные материалы (при наличии):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указываются копии документов и дополнительные материалы)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Намереваюсь (не намереваюсь) лично присутствовать на заседании комиссии министерства здравоохранения Кировской области по соблюдению требований к служебному поведению государственных гражданских служащих и урегулированию конфликта интересов могла сделать вывод о том, что непредставление указанных сведений носит объективный характер (нужное подчеркнуть).  О принятом комиссией министерства здравоохранения Кировской области по соблюдению требований к служебному поведению государственных гражданских служащих и урегулированию конфликта интересов решении прошу проинформировать:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (указывается предпочитаемый способ информирования, например, фактический адрес проживания для направления решения)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Регистрационный номер в журнале регистрации заявлений о невозможности по объективным причинам представить сведения о доходах, об имуществе и обязательствах имущественного характера своих супруги (супруга) и несовершеннолетних детей \_\_\_\_\_\_. | | | | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  (дата регистрации заявления о невозможности представить сведения) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись государственного гражданского служащего отдела правовой и кадровой работы министерства здравоохранения Кировской области, зарегистрировавшего заявление о невозможности представить сведения) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (инициалы, фамилия государственного гражданского служащего отдела правовой и кадровой работы министерства здравоохранения Кировской области, зарегистрировавшего заявление о невозможности представить сведения) | | | | |
|  | |  |  | |