**Заявление оформляется в рукописном виде**

**(для государственных гражданских служащих иных органов исполнительной власти)**

Директору Департамента здравоохранения города Севастополя – члену Правительства Севастополя

Денисову В.С.

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

(полное наименование должности)

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

(ФИО в родительном падеже, телефон, e-mail)

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

Заявление

Прошу допустить меня к участию в конкурсе на включение в кадровый резерв для замещения должности государственной гражданской службы города Севастополя в Департаменте здравоохранения города Севастополя по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ группе должностей, категории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, область профессиональной деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Согласие на обработку персональных данных. | на \_\_ л.  |
| 2. | Анкета | на \_\_ л. |
|  |  |  |
| (дата) |  | (подпись) |