**Заявление оформляется в рукописном виде**

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 замещение вакантной должности государственной гражданской службы города Севастополя в Департаменте здравоохранения города Севастополя «указывается должность».

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

К заявлению прилагаю:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.  2. | Согласие на обработку персональных данных.  Анкета | | | | на 1 л.  на 4 л. | |
|  |  | | | |  | |
|  |  |  | |
| (дата) |  | (подпись) | |