Главному врачу БУЗ ВО «Вашкинская ЦРБ» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

паспорт: серия №

выдан

дата выдачи

Пояснение

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) полностью)

в соответствии с абз. 2 ст. 64.1 ТК РФ, ч. 2 ст. 12 Федерального закона от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции» № 273-ФЗ сообщаю, что в период с «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » по « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», замещал(-а) должность государственной (муниципальной) службы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование должности)

**В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование органа государственной власти субъекта Российской Федерации или органа местного самоуправления)

/

дата подпись расшифровка