|  |  |
| --- | --- |
|  | Министру здравоохранения  Свердловской области |
|  |  |
|  | (инициалы, фамилия) |
|  | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, контактный телефон) |

Заявление

о получении разрешения представителя нанимателя на участие на безвозмездной основе в управлении некоммерческой организацией гражданским служащим

В соответствии с [подпунктом «б» пункта 3 части 1 статьи 17](consultantplus://offline/ref=4BAC777B2F08A2968194AC32D1E21B112E7407ADCBCE7CED48BDD64653AC377D82BD1522BF97D8D2A37AF5AE6A0547AFCC3EF363C860x2K) Федерального закона от 27 июля 2004 года № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации» прошу дать мне разрешение на участие в управлении некоммерческой организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать сведения об участии в управлении некоммерческой организацией: наименование и адрес некоммерческой организации, основной вид деятельности некоммерческой организации, срок, в течение которого планируется участвовать в управлении) в качестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указать основание участия)

Участие на безвозмездной основе в управлении некоммерческой организацией не повлечет конфликта интересов.

Приложение:

1) выписка из ЕГРЮЛ на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.;

2) копия учредительного документа некоммерческой организации на \_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

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

(дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Ознакомлен:

Министр \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.А. Карлов

(должность) (дата) (подпись) (расшифровка подписи)