|  |
| --- |
| Председателю конкурсной комиссии |
| от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения |
| проживающ \_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| адрес электронной почты для уведомлений:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| заявление. | | | | |
| Прошу допустить меня к участию в конкурсе на замещение вакантной должности муниципальной службы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(наименование органа местного самоуправления, наименование должности, по которой объявлен конкурс )* | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | |
| На проведение в отношении меня проверочных мероприятий согласен (согласна). | | | | |
| Я ознакомлен (ознакомлена):  – с запретами и ограничениями, связанными с муниципальной службой, предусмотренными Федеральным законом от 02.03.2007 № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации»;  – с квалификационными требованиями, предъявляемыми к вакантной должности;  – с необходимостью предоставления медицинского заключения о профессиональной пригодности к муниципальной службе при поступлении на муниципальную службу;  - об обязанности предоставления сведений о своих доходах, об имуществе, об обязательствах имущественного характера, супруги (супруга) и несовершеннолетних детей.   |  |  | | --- | --- | |  |  | | *(подпись)* | | | | | |
| К заявлению прилагаю документы: | | | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| … | …. | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| *(дата)* | | *(подпись)* | *(расшифровка подписи)* | |