|  |
| --- |
| 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)* |