

Министру здравоохранения Республики Крым

ОТ

(наименование некоммерческой организации, ФИО кандидата)

ЗАЯВЛЕНИЕ
на включение в состав Общественного совета
министерства здравоохранения Республики Крым

(полное официальное наименование некоммерческой организации, ФИО кандидата)

выдвигает кандидатом в состав Общественного совета министерства
здравоохранения Республики Крым

(Ф.И.О.)

Приложение:

- 1) решение (протокол) некоммерческой организации о выдвижении кандидатуры в состав Общественного совета города Симферополя;
- 2) сведения (анкета) о предлагаемом кандидате;
- 3) сведения о деятельности некоммерческой организации;
- 4) копия устава некоммерческой организации;
- 5) копия свидетельства о государственной регистрации некоммерческой организации;
- 6) заявление предлагаемого некоммерческой организацией кандидата в члены Общественного совета о согласии на участие в работе Общественного совета;
- 7) копия паспорта _____, с указанием сведений о
(Ф.И.О.)
регистрации по месту жительства.

Должность, ФИО руководителя некоммерческой организации.

(должность)

(подпись)

(ФИО)

(дата)

Сведения о деятельности
некоммерческой организации, выдвигающей кандидата
в члены Общественного совета министерства здравоохранения
Республики Крым

	Наименование некоммерческой организации	
1.	Дата создания организации	
2.	Дата и место регистрации	
3.	Дата и место последней перерегистрации	
4.	Юридический адрес	
5.	Фактический адрес, телефон, адрес сайта	
6.	Учредители (ФИО)	
7.	Руководитель (председатель) организации (ФИО)	
8.	Количество филиалов, отделений или представительств организации, их координаты	
9.	Количество членов, участников, волонтеров организации	
10.	Основные направления деятельности организации	
11.	Перечень реализованных программ, направленных на создание условий для повышения качества и уровня жизни, социальной защиты граждан; защиты конституционных прав и свобод граждан; и т.п.	
12.	Сведения о собственных печатных изданиях и публикациях в СМИ	
13.	Сведения о дипломах, сертификатах, наградах	
14.	Рекомендательные письма (если имеются)	

Руководитель некоммерческой организации

(дата, подпись, печать)

Министру здравоохранения Республики Крым

_____ от

(Ф.И.О.)

Заявление

о согласии кандидата на участие в работе
Общественного совета министерства здравоохранения Республики Крым

Я, _____

(Ф.И.О., дата рождения)

проживающий по адресу: _____

согласен на включение меня в состав Общественного совета министерства
здравоохранения Республики Крым.

Даю согласие на обработку персональных данных.

(дата)

(подпись)

/_____/
(Ф.И.О.)

Анкета

кандидата в члены Общественного совета министерства здравоохранения
Республики Крым

1.	Фамилия, имя, отчество (если ранее имелась другие фамилия, имя, отчество, указать их, когда менялись и где)	
2.	Число, месяц, год и место рождения	
3.	Гражданство	
4.	Образование (наименование учебного заведения, дата окончания)	
5.	Ученая степень, звание	
6.	Место работы (должность, наименование организации, телефон)	
7.	Домашний адрес и контактный телефон	
8.	Паспорт или документ, удостоверяющий личность	
9.	Сведения о наличии (отсутствии) судимости, снятии судимости, погашенной судимости, либо о наличии решения суда о признании недееспособным или ограниченно дееспособным	
10.	Сведения о наградах (если имеются)	
11.	Опыт работы в социальной сфере, стаж работы в общественных организациях, участие в законотворческой деятельности, тематические публикации и т.п.	
12.	Рекомендации (если имеются)	

Даю согласие на обработку персональных данных.

«__» _____ 2017 г.

_____ (подпись кандидата)

_____ (ФИО)