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

(министру здравоохранения Республики Дагестан, ФИО)

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

(наименование должности

государственной гражданской службы

Республики Дагестан, ФИО)

**Уведомление**

**о намерении выполнять иную оплачиваемую работу и его рассмотрения в Министерстве здравоохранения Республики Дагестан**

В соответствии с частью 2 статьи 12 Закона Республики Дагестан от 12.10.2005 № 32 «О государственной гражданской службе Республики Дагестан» уведомляю Вас о том, что я намерен(а) выполнять иную оплачиваемую работу:

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

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

(наименование организации (фамилия, имя, отчество физического лица, в том числе индивидуального предпринимателя), в которой (у которого) предполагается выполнение гражданским служащим иной оплачиваемой работы, сведения о предстоящем виде деятельности, краткое описание характера иной оплачиваемой работы, основные должностные обязанности)

Выполнение указанной работы не повлечет за собой возникновения конфликта интересов.

При выполнении указанной работы обязуюсь соблюдать ограничения, запреты и требования, предусмотренные Законом Республики Дагестан от 12.10.2005 № 32 «О государственной гражданской службе Республики Дагестан».

Я согласен на проверку сведений, содержащихся в данном уведомлении.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)