

Резюме  
кандидата в члены общественного совета ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города  
Ульяновска»

1. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

2. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.р., \_\_\_\_\_  
(дата рождения) (место рождения)

3. \_\_\_\_\_  
(место фактического проживания)

\_\_\_\_\_ (номер телефона, адрес электронной почты)

4. \_\_\_\_\_  
(гражданство)

5. \_\_\_\_\_  
(паспорт или документ, его заменяющий: вид документа, серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

6. Сведения об опыте общественной деятельности:

Период	Вид общественной деятельности и/или должность, занимаемая позиция	Примечание

7. Сведения об участии в экспертных и совещательных органах, рабочих группах при государственных органах и органах местного самоуправления:

Годы начала и окончания	Наименование органа (группы)	Примечание

8. В случае согласования моей кандидатуры подтверждаю соответствие требованиям, предъявляемым к члену общественного совета ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска», и выражаю свое согласие войти в состав общественного совета ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника города Ульяновска»

9. ПОДТВЕРЖДАЮ:

1) достоверность предоставленных сведений \_\_\_\_\_  
(подпись)

2) отсутствие непогашенной или неснятой судимости \_\_\_\_\_  
(подпись)

4) отсутствие в отношении меня решения суда о признании недееспособным или ограниченно дееспособным \_\_\_\_\_  
(подпись)

5) отсутствие конфликта интересов \_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка)  
(дата заполнения)