Приложение 2

**СВЕДЕНИЯ (АНКЕТА)**

представителя общественной организации, созданной в целях защиты прав и интересов граждан, общественного объединения инвалидов

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

(наименование)

выдвигаемого в состав Общественного совета при управлении здравоохранения Липецкой области

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Фамилия, имя, отчество (если изменяли  фамилию, имя или отчество, то указать,  когда, где и по какой причине) |  |
| 2 | Число, месяц, год и место рождения |  |
| 3 | Гражданство |  |
| 4 | Наличие гражданства другого государства |  |
| 5 | Данные паспорта |  |
| 6 | Образование (наименование учебного заведения, специальность, дата окончания, номер диплома) |  |
| 7 | Ученая степень, звание |  |
| 8 | Сведения о наличии публикаций |  |
| 9 | Сведения о месте работы (наименование организации, должность, телефон) |  |
| 10 | Домашний адрес, домашний телефон,  мобильный телефон, адрес электронной почты (при наличии) |  |
| 11 | Сведения о наличии (отсутствии) судимости, снятии судимости, погашенной судимости |  |
| 12 | Сведения об ограничении дееспособности, о признании недееспособным |  |
| 13 | Сведения о членстве в политической партии или сведения о приостановлении членства в политической партии |  |
| 14 | Сведения о наградах (при наличии) |  |
| 15 | Сведения об участии в проектах, программах, грантах и конкурсах за последние три года |  |

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись представителя)

Сведения, указанные в анкете, сверены с документом, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации и иными документами.

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись руководителя) (Ф.И.О.)

*Место печати*