Министру здравоохранения

Новгородской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя , отчество (при наличии), должность, структурное

подразделение, номер контактного телефона)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**о факте обращения в целях склонения государственного**

**гражданского служащего министерства здравоохранения Новгородской области к совершению коррупционных правонарушений**

1. Уведомляю о факте обращения в целях склонения меня к коррупционному правонарушению (далее - склонение к правонарушению) со стороны \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, должность, все известные сведения о физическом лиц, представителе юридического лица, юридическом лице, склоняющем к правонарушению)

2. Склонение к правонарушению производилось в целях осуществления мною

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

(сущность предполагаемого правонарушения)

3. Склонение к правонарушению осуществлялось посредством

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

(способ склонения: подкуп, угроза, обман и другое)

4. Склонение к правонарушению произошло в \_\_\_\_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_\_\_ мин. "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес)

5. Склонение к правонарушению производилось

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

(обстоятельства склонения: телефонный разговор,

личная встреча, почта и другое)

6. Информация об отказе (согласии) принять предложение лица о совершении коррупционного правонарушения

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

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

(дата заполнения уведомления) (подпись)