

ЗАЯВА
про відсутність конфлікту інтересів

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові)

який(яка) включений(а) до складу Конкурсної комісії з обрання членів наглядових рад комунальних некомерційних підприємств закладів охорони здоров'я, засновником яких є Черкаська міська рада, заявляю, що станом на дату подання цієї заяви:

У мене відсутній реальний чи потенційний конфлікт інтересів щодо кандидатів, які братимуть участь у конкурсному відборі членів наглядових рад комунальних некомерційних підприємств закладів охорони здоров'я, засновником яких є Черкаська міська рада.

Я не перебуваю у трудових, службових, договірних, сімейних чи інших відносинах з кандидатами, які можуть вплинути на мою об'єктивність та неупередженість під час виконання обов'язків члена Конкурсної комісії.

У разі виникнення реального чи потенційного конфлікту інтересів зобов'язуюся невідкладно повідомити про це Конкурсну комісію та утриматися від участі у розгляді відповідного питання і прийнятті рішення щодо нього.

Підтверджую достовірність наведених у цій заяві відомостей.

«____» _____ 20__ року