|  |
| --- |
| Начальнику управління соціального захисту населення Подільської районної в місті Києві державної адміністрації Бернадській С. Б. |
|  |
| *(прізвище, ім’я та по батькові повністю ,номер телефону)* |

*Заява*

|  |
| --- |
| Прошу допустити мене до участі в доборі на посаду \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Управління соціального захисту населення Подільської районної в місті Києві державної адміністрації в період дії воєнного стану.  Підтверджую достовірність інформації у поданих мною документах та даю згоду на обробку моїх персональних даних.  Додаток: резюме за встановленою формою 21 до Порядку (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 12.02.2020 № 98). |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (число, місяць, рік) |  | (Підпис) |