Konkursų Kauno miesto savivaldybės sveikatos priežiūros viešųjų ir biudžetinių įstaigų vadovų pareigoms eiti organizavimo ir vykdymo nuostatų

1 priedas

**(Prašymo leisti dalyvauti konkurse forma)**

**PRAŠYMAS LEISTI DALYVAUTI KONKURSE**

|  |  |
| --- | --- |
| Aš, pretendentas | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, |
|  | *(vardas, pavardė)* |
| prašau leisti dalyvauti konkurse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | *(Įstaigos savininko teises ir pareigas įgyvendinanti institucija, kuriai pateikiamas prašymas)* |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | |
| *(Įstaiga ir pareigos Įstaigoje, į kurias pretenduojama)* | |

Informaciją apie konkurso

eigą prašau siųsti el. paštu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(el. pašto adresas didžiosiomis raidėmis)*

Sutinku, kad visi konkursui pateikti mano asmens duomenys būtų tvarkomi konkurso organizavimo ir vykdymo tikslais, taip pat kad bus tikrinama, ar jie teisingi.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pretendentas | (Parašas) | (Vardas ir pavardė) | (Data) |