

Nr.../.....

FORMULAR SESIZARE INCOMPATIBILITATE

Către instituția publică U.A.M.S. ȘUICI

Stimate domnule Director,

Subsemnatul/Subsemnata...cu domiciliul în...cetățean/angajat/angajată în cadrul..., serviciul, biroul, compartimentul..., funcția.../consilier local în cadrul..., formulez prin prezenta o sesizare cu privire la starea de incompatibilitate a doamnei/domnului...salariat în cadrul U.A.M.S. ȘUICI, vă solicit să luați măsurile legale în conformitate cu prevederile Legii nr. 176/2010 privind integritatea în exercitarea funcțiilor și demnităților publice, pentru modificarea și completarea Legii nr. 144/2007 privind înființarea, organizarea și funcționarea Agenției Naționale de Integritate, precum și pentru modificarea și completarea altor acte normative, cu modificările ulterioare și/sau Legea nr. 188/1999, republicată, privind Statutul funcționarilor publici.

Motivul sesizării este următorul (descrierea stării de incompatibilitate)

.....
.....
.....

Data...

Semnătura...