

Приложение 5

к Административному регламенту предоставления министерством здравоохранения Ставропольского края государственной услуги «Организация и проведение аттестации педагогических работников государственных образовательных организаций среднего профессионального образования, подведомственных министерству здравоохранения Ставропольского края»

Министру здравоохранения
Ставропольского края

(Ф.И.О. заявителя)

(адрес заявителя, телефон)

заявление (жалоба).

(суть обжалуемого действия (бездействия))

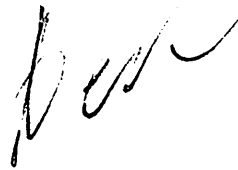
(основания, по которым заявитель считает, что нарушены его права и свободы)

О принятых мерах по результатам рассмотрения заявления (жалобы) прошу проинформировать меня _____
(указываются сведения о способе информирования)

Приложения: _____ на _____ листах.
Личная подпись заявителя

Дата

Первый заместитель министра

 А.О. Дейнеко

✓