

До організаційного комітету
з проведення виборів директора
комунального вищого навчального
закладу «Нікопольський медичний коледж»
Дніпропетровської обласної ради»

(ПІБ, домашня адреса та контактний телефон)

ЗАЯВА

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

даю згоду бути офіційним спостерігачем від

(кандидата на посаду директора комунального вищого навчального закладу «Нікопольський медичний коледж» Дніпропетровської обласної ради)

на виборчій дільниці з виборів директора комунального вищого навчального закладу «Нікопольський медичний коледж» Дніпропетровської обласної ради» «22» вересня 2017 року.

З «Порядком акредитації та організації роботи спостерігачів від громадських організацій на виборах директора комунального вищого навчального закладу «Нікопольський медичний коледж» Дніпропетровської обласної ради» ознайомлений/ознайомлена.

підпис

прізвище та ініціали

« ____ » _____ 201__ року