**АНКЕТА**

**по соблюдению законодательства о борьбе со взяточничеством и коррупцией для сотрудников КГП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УОЗ г.Алматы**

**на 2023 год**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО сотрудника), ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Занимаемая должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
4. С какого года приняты на работу в КГП на ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» УОЗ г.Алматы (далее – Поликлиника) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
5. Является ли член Вашей семьи работником Поликлиники?

(необходимо отметить «Да» или «Нет») \_\_\_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_\_\_ Нет

Подробная информация (в случае ответа «Да»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на какой должности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Были ли Вы или кто-нибудь из вашей семьи или сама Поликлиника в течение последних 5 лет: подвергнут административной или уголовной ответственности за какое-либо коррупционное или финансовое правонарушение, включая, без ограничения, взяточничество, отмывание денег, финансирование терроризма или подвергнут следствию компетентными государственными органами по этому поводу; подвергнут ограничительным (обеспечительным) или иным мерам в виде замораживания банковских счетов, конфискации или ареста имущества в связи с предполагаемым или фактическим нарушением законов против коррупции, отмывания денег или финансирования терроризма; отстранен от участия в тендерах государственных организаций в связи с коррупционной деятельностью в какой-либо юрисдикции?

(необходимо отметить «Да» или «Нет») \_\_\_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_\_\_ Нет

Подробная информация (в случае ответа «Да»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. Участвовали ли Вы или кто-нибудь из ваших близких в течение последних 5 лет в сделках, при которых имели место: получение, передача, перевозка, хранение, использование, структурирование, перенаправление или укрытие средств, полученных от какой-либо преступной деятельности, включая незаконный оборот наркотиков, мошенничество или дачу взяток государственным служащим или третьим сторонам; участие в террористической деятельности, поддержка или финансирование терроризма, террористических организаций или отдельных лиц?

(необходимо отметить «Да» или «Нет») \_\_\_\_\_\_\_ Да \_\_\_\_\_\_\_ Нет

Подробная информация (в случае ответа «Да»): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. **ПОДТВЕРЖДЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕРКУ**

* Настоящим подтверждаю правдивость и точность ответов, приведенных в настоящей Анкете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)*
* Заполняя и подписывая настоящую Анкету от своего имени, я даю согласие на проверку сведений, указанных в Анкете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(подпись)*

Подпись руководителя отделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения анкеты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_