

ŽÁDOST

o provedení pracovnělékařské prohlídky a hodnocení zdravotního stavu za účelem posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu služby

Žádám o provedení pracovnělékařské prohlídky a hodnocení zdravotního stavu za účelem posouzení zdravotní způsobilosti k výkonu služby:

Lékařská prohlídka: vstupní – periodická – mimořádná – výstupní – následná*

Zaměstnavatel: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Útvar: sekce operačních programů

Služební místo: ministerský rada

Adresa sídla, IČ: Karmelitská 529/5, Malá Strana, 118 12 Praha 1, 00022985

Žadatel o přijetí do služebního poměru (podle zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě):

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Obory služby: 1, 47

Režim služby: jednosměnný

Ministerský rada v oddělení certifikace v odboru finančního řízení operačních programů obvykle:

- odpovídá za přípravu souhrnných žádostí o platbu a podkladů vyžadovaných za účelem certifikace a jejich předkládání Platebnímu a certifikačnímu orgánu;
- zabezpečuje certifikaci výdajů a zadávání údajů souvisejících s certifikací prostředků operačních programů Vzdělávání pro konkurenceschopnost, Výzkum a vývoj pro inovace a Výzkum, vývoj a vzdělávání do informačních systémů MONIT7+, MSC2007 a MS2014+;
- spolupracuje se sekci ekonomickou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, s Ministerstvem pro místní rozvoj, Ministerstvem financí a příslušnými útvary Evropské unie na úkolech v oblasti certifikace a finančního řízení operačních programů;
- zabezpečuje přípravu podkladů vyžadovaných vedením sekce operačních programů nebo jiných útvarů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti certifikace prostředků;
- podílí se na poskytování metodické podpory v oblasti administrace žádostí o platbu a certifikace prostředků a na úpravách řídicí dokumentace operačního programu;
- podílí se na aktivitách souvisejících s ukončováním programového období 2007-2013.

Rizikové faktory ve vztahu k výkonu konkrétní služby (např. obdobně jako dle vyhlášky č. 432/2003 Sb.):

- žádné rizikové faktory/rizikové faktory:

V Praze dne 21. března 2017

Podpis: _____

Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy
Odbor školství, mládeže a tělovýchovy
Karmelitská 29/5, 118 12 Praha 1

Vyplní lékař:

Jméno příjmení lékaře: _____

Adresa: _____

Vyjádření lékaře:

Závěr: uchazeč je schopen/neschopen* výkonu služby.

Podpis a razítko: _____

V _____

dne _____

*nehodící se seškrtněte