

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:

Obor služby: 47

Režim služby: jednosměnný

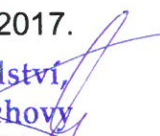
Ministerský rada v oddělení administrace individuálních projektů vysokých škol – Praha bez Univerzity Karlovy v odboru administrace individuálních projektů vysokých škol a výzkumu a vývoje operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání v Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy obvykle:

- odpovídá za proces administrativní kontroly všech typů monitorovacích zpráv projektů a proces administrace a schvalování žádostí o platbu;
- odpovídá za přípravu, kontrolu a kompletaci podkladů pro vydání právních aktů o poskytnutí/převodu podpory;
- odpovídá za kontrolu souladu plnění z veřejných zakázek předložených v rámci monitorovacích zpráv projektů;
- provádí administraci finančního vypořádání projektu;
- podílí se na administrativní kontrole veřejných zakázek spadajících mimo režim zákona o veřejných zakázkách předložených v rámci zpráv o realizaci;
- realizuje vzdělávací akce pro příjemce;
- zajišťuje aktuální a věcně správná data o projektech v MS2014+ a ONIT7+ dle závazných postupů pro monitorování.

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 4. dubna 2017.

Podpis: 
Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy
Odbor personální a státní služby
Karmelitská 529/5, 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