**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**

Já, níže podepsaný/á

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Prohlašuji, na základě znalosti svého zdravotního stavu, že mám potřebnou zdravotní způsobilost k výkonu služby na služebním místě *ministerský rada – vedoucí oddělení školského rejstříku Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy*. Toto prohlášení vydávám podle § 26 odst. 2 zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě, ve znění pozdějších předpisů, pro účely účasti ve výběrovém řízení vyhlášeném dle č. j.: MSMT-9107/2017-1.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_