**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**

Já, níže podepsaný/á

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

1. Prohlašuji, na základě znalosti svého zdravotního stavu, že mám potřebnou zdravotní způsobilost k výkonu služby na služebním místě ministerský rada v oddělení v oddělení bilaterální a multilaterální spolupráce.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-20234/2017-2.

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

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