**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 vrchní ministerský rada – vedoucí oddělení finanční podpory sportu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Toto prohlášení vydávám podle § 26 odst. 2 zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě, pro účely účasti ve výběrovém řízení vyhlášeném dle č. j.: MSMT- 20822/2017-1.

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

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