

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 kontroly projektů Evropského sociálního fondu v odboru kontroly operačních programů obvykle:

- odpovídá za provádění veřejnosprávních kontrol na místě projektů dle zákona č. 255/2012 Sb. o kontrole (kontrolní řád), v platném znění, a zákona č. 320/2001 Sb. o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů, v platném znění, a to u projektů financovaných z Evropského sociálního fondu v době realizace (v případě operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání) a udržitelnosti (v případě operačních programů Vzdělávání pro konkurenceschopnost a Výzkum, vývoj a vzdělávání) včetně řádné evidence provedených kontrol na místě v informačních systémech;
- vypracovává protokoly o kontrole a další dokumentaci v souvislosti s výkonem kontroly na místě včetně analýz dle informací a dat získaných z kontrol na místě;
- podílí se na hlášení nesrovnalostí vyplývajících ze závěrů kontrol na místě;
- spolupracuje s ostatními útvary ministerstva, orgány veřejné správy a dalšími externími subjekty.

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 14 března 2017

Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy

Podpis: Dobutina 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