

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 koordinace a podpory kontrol v odboru kontroly operačních programů obvykle:

- spolupracuje na tvorbě metodiky výkonu kontroly, plánování a vyhodnocování kontrolní činnosti, zpracování reportů vztahujících se k výkonu veřejnosprávních kontrol;
- vypracovává odborná stanoviska, informace a připomínky v rozsahu svého zařazení;
- poskytuje poradenství v rámci určeného služebního útvaru;
- participuje na kontrolní činnosti dle zákona č. 255/2012 Sb., o kontrole (kontrolní řád), v platném znění, prováděnou v působnosti zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole), v platném znění, u projektů podpořených z operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace, operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost, respektive z operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání.

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 10. 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