

## 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 koordinace a podpory kontrol 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 21. dubna 2017

Ministerstvo školství,  
mládeže a tělovýchovy

Podpis: Odbor personální a služební 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