

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: odbor právní a správní

Služební místo: vrchní 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:

29 - Legislativa a právní činnost

33 - Systém veřejné správy

47 - Společné evropské politiky podpory a pomoci, evropské strukturální, investiční a obdobné fondy

Režim služby: jednosměnný

Služba zahrnuje zejména:

- zastupování Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy v soudních sporech vedených podle soudního řádu správního nebo před jinými orgány veřejné správy,
- zpracovávání návrhů rozhodnutí o rozkladu,
- vypracovávání zásadních právních výkladů a stanovisek a stanovování obecných postupů aplikace právních předpisů včetně řešení věcně a právně složitých případů (například v oblasti veřejné podpory),
- podíl na metodické činnosti související s operačními programy,
- podíl na koncipování a formulaci interních aktů řízení v resortu školství a zpracovávání připomínek k návrhům těchto dokumentů.

Vykonávané činnosti vždy souvisí s operačními programy, které spravuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti strukturálních fondů EU.

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 22. 3 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