

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: 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, 47

Režim služby: jednosměnný

Vedoucí oddělení právní podpory v odboru svodných agend obvykle:

- odpovídá za zabezpečení právního poradenství a podpory ostatním odborům sekce operačních programů v oblastech souvisejících s implementací a realizací všech operačních programů v gesci ministerstva, s výjimkou poradenství v oblasti kontroly veřejných zakázek;
- odpovídá za zpracování podání trestního oznámení ve věcech nasvědčujících spáchání trestných činů, které byly identifikovány v rámci činnosti odborů sekce operačních programů, stejně jako za zpracování podkladů k žalobám;
- odpovídá za zpracovávání právních stanovisek k návrhům právních předpisů z pohledu věcné působnosti sekce operačních programů;
- poskytuje poradenství pro žadatele a příjemce při řešení právních problémů;
- poskytuje právní podporu při kontrolách na místě projektů a v oblasti veřejné podpory;
- podílí se na přípravě řídicí dokumentace operačních programů a spolupráci při zpracovávání vzorů dokumentů operačních programů.

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 23 března 2017

Podpis: Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy
Odbor personální a státní služby
Karmelitská 529/5, 148 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