

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 řízení finanční kapitoly MŠMT

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:

1 – Finance

29 – Legislativa a právní činnost

Režim služby: jednosměnný

Služba zahrnuje zejména:

- zajišťování zpracování právních stanovisek, nových právních předpisů, právních rozborů, připomínek a informací k návrhům právních předpisů a opatření jiných orgánů týkajících se státního rozpočtu;
- zastupování sekce ekonomické v komisi Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy pro řešení sporů z veřejnoprávních smluv;
- poskytování právního poradenství jednotlivým odborům sekce ekonomické;
- zajišťování zpracování a posouzení koncepčních materiálů v oblasti financování a rozpočtování rezortu;
- zajišťování souladu financování OSS a PO s příslušnými právními předpisy;
- zabezpečení koncepční a metodické činnosti na úseku finančního hospodaření OSS, PO a jiné činnosti v návaznosti zejména na zákon č. 218/2000 Sb.;
- podíl na přípravě návrhů koncepcí, zásad a principů rezortní finanční politiky a odvětvových právních norem pro financování;
- spolupráci s věcně příslušnými útvary ministerstva na zpracování zásad poskytování dotací.

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 29.7. 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