

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 dalšího vzdělávání a péče o pedagogické pracovníky

Služební místo: ministerský rada

Adresa sídla, IČ: Karmelitská 529/5, 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:

10 - Školství, výchova a vzdělávání.

Režim služby: jednosměnný

Služba zahrnuje zejména:

- zpracovávání analýz a koncepčních materiálů pro oblast dalšího vzdělávání v ČR s přesahem do evropského kontextu;
- zabezpečování činnosti Národního poradenského fóra;
- řešení problematiky kariérového poradenství v celoživotní perspektivě;
- naplňování opatření vyplývající z národních strategií, jejich akčních plánů a dlouhodobých záměrů;
- zajišťování činností spojených s implementací zákona č. 179/2006 Sb.,;
- zajišťování činností spojených s akreditacemi rekvalifikačních programů;
- aktivní působení ve strukturách mezinárodních organizací v oblasti dalšího vzdělávání;
- spolupráci s ostatními ministerstvy v oblasti využívání projektů z OPZ a dalších operačních programů pro oblast celoživotního učení, zajišťování aktivit s ohledem na věcný obsah projektů;
- provádění analýz cizojazyčných materiálů a dokumentů strategického charakteru z oblasti dalšího vzdělávání;
- podíl na přípravě expertních podkladů pro čerpání finančních prostředků z fondů EU v oblasti dalšího 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 4. duben 2017

Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy
Odbor personální a statní služby
Karmelitská 529/5, 118 12 Praha 1

Podpis: _____

Vyplní lékař:

Jméno příjmení lékaře: _____

Adresa: _____

Vyjádření lékaře:

Závěr: uchazeč je schopen/neschopen* výkonu služby.

Podpis a razítko: _____

V _____

dne _____

*nehodící se seškrtněte