

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 vysokých škol

Služební místo: vrchní ministerský rada – vedoucí oddělení správního

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, ve znění pozdějších předpisů):

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Místo trvalého pobytu:

Obory služby: 10 – Školství, výchova a vzdělávání,

29 – Legislativa a právní činnost.

Režim služby: jednosměnný

Vrchní ministerský rada – vedoucí oddělení správního vykonává zejména:

- odpovědnost za přípravu rozhodnutí o udělení/neudělení státního souhlasu k oprávnění působit jako soukromá vysoká škola;
- registrace vnitřních předpisů soukromých vysokých škol a registraci změn v těchto předpisech;
- vydávání rozhodnutí o uznání zahraničního vysokoškolského vzdělání a kvalifikace v ČR a rozhodnutí o postavení na roveň studia na vysoké škole v ČR pro účely sociální a zdravotního pojištění;
- poskytování konzultační, poradenské a informační činnosti v otázkách vzdělávání na vysokých školách, včetně výkladu příslušných právních předpisů a vyřizování podnětů;
- vedení agendy správních deliktů dle zákona o vysokých školách;
- podíl na tvorbě návrhů právních předpisů v oblasti vysokého školství s celostátní působností nebo jejich posuzování v připomínkovém řízení, včetně účasti na jednání legislativních orgánů v těchto otázkách.

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 5. dubna 2017

Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy
Podpis: Dobson 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