**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: 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: ……………………………**

**Obor služby: 47**

**Režim služby: jednosměnný**

**Ministerský rada v oddělení koordinace a podpory kontrol v odboru kontroly operačních programů obvykle:**

* spolupracuje na tvorbě metodiky výkonu kontroly, plánování a vyhodnocování kontrolní činnosti, zpracování reportů vztahujících se k výkonu veřejnosprávních kontrol;
* vypracovává odborná stanoviska, informace a připomínky v rozsahu svého zařazení;
* poskytuje poradenství v rámci určeného služebního útvaru;
* participuje na kontrolní činnosti dle zákona č. 255/2012 Sb., o kontrole (kontrolní řád), v platném znění, prováděnou v působnosti zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole), v platném znění, u projektů podpořených z operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace, operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost, respektive z operačního programu Výzkum, vývoj
a 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 . dubna 2017

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Vyplní lékař:**Jméno příjmení lékaře:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Adresa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Vyjádření lékaře:* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Závěr: uchazeč je schopen/neschopen**\* **výkonu služby.**Podpis a razítko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\*nehodící se seškrtněte