

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: 1, 29, 47

Režim služby: jednosměnný

Ministerský rada v oddělení kontroly veřejných zakázek v odboru kontroly operačních programů obvykle:

- vykonává kontrolu (ex ante, ex post) veřejných zakázek realizovaných v rámci projektů operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání (dále jen „OP VVV“), ověřuje soulad postupu příjemců dotace jako zadavatelů veřejných zakázek s legislativou Evropské unie a České republiky (zejména se zákonem č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek, v platném znění), pravidly OP VVV (kapitola 12 Pravidel pro žadatele a příjemce OP VVV – obecná část) a dalšími relevantními dokumenty;
- poskytuje odborné poradenství v oblasti kontroly veřejných zakázek jiným útvarům MŠMT;
- poskytuje odborné poradenství v oblasti zadávání veřejných zakázek žadatelům o finanční podporu a příjemcům finanční podpory;
- podílí se na odhalování a šetření nesrovnalostí a porušení rozpočtové kázně zjištěných provedenou kontrolou;
- podílí se na přípravě metodických materiálů souvisejících se zadáváním a kontrolou veřejných zakázek.

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 10. dubna 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