**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: kancelář státního tajemníka**

**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: …….………………………………………………**

**Obor služby:**

**78 – Organizační věci státní služby a správa služebních vztahů státních zaměstnanců, příslušníků bezpečnostních sborů a vojáků z povolání.**

**Režim služby: jednosměnný**

**Služba zahrnuje zejména:**

* zpracování služebních předpisů státního tajemníka a vedení jejich evidence;
* zajištění plnění úkolů ministerstva jako služebního úřadu vyplývajících z nařízení vlády č. 145/2015 Sb., o opatřeních souvisejících s oznamováním podezření ze  spáchání protiprávního jednání v ministerstvu;
* zajištění intimací usnesení z jednání vlády a kontroly úkolů vyplývajících z usnesení vlády pro ministerstvo;
* zabezpečení přípravy podkladů pro plán nelegislativních úkolů vlády;
* zpracování plánu hlavních úkolů ministerstva ve vazbě na plán práce vlády a zajištění kontroly jejich plnění;
* zajištění přípravy podkladů pro porady vedení a zajištění kontroly úkolů vyplývajících z výsledků jednání porady vedení;

**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