

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: oddělení investic MŠMT

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:

Obory služby:

1 - finance,

46 – veřejné investování a zadávání veřejných zakázek.

Režim služby: jednosměnný

Služba zahrnuje zejména:

- koncepční činnost v oblasti financování investičních programů v oblasti školství (veřejné vysoké školy, organizační složky státu, organizační složky státu, organizace zřizované MŠMT, regionální školství);
- zpracovávání podkladů pro poskytování dotací v souladu se zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla);
- zodpovědnost za odborné posouzení podkladů a odborné zpracování rozhodnutí o poskytnutí dotace z programového financování kapitoly MŠMT;
- administraci a fyzickou kontrolu realizovaných akcí v místě realizace, kontrolní činnost dle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole);
- administraci v informačním systému programového financování dle vyhlášky č. 560/2006 Sb., (ISPROFIN – EDS/SMVS);
- kontrolu veřejných zakázek příjemců dotace a účast ve výběrových komisích;
- Zprávy a rozborů o průběhu investiční výstavby a čerpání prostředků, závěrečné vyhodnocení akcí programového financování.

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 27. 4. 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