

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 školské statistiky, analýz a informační strategie MŠMT

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:

Obory služby:

10 – školství, výchova a vzdělávání,

69 – státní statistická služba.

Režim služby: jednosměnný

Služba zahrnuje zejména:

- zajišťování činností v oblasti statistiky o zaměstnancích a mzdových prostředcích v regionálním školství;
- spolupráci při přípravě obecně závazných přepisů v oblasti výkaznictví v regionálním školství;
- spolupráci s metodiky výkaznictví – návrhy na úpravy formulářů a metodických pokynů, návrhy na úpravy sběrné aplikace a v ní integrovaných kontrolních vazeb;
- testování aktualizovaného programového vybavení pro nadcházející sběry dat;
- zajišťování činnosti spojených s vlastním sběrem dat v oblasti PaM;
 - o poskytování metodické podpory subjektům, které předávají data správním úřadům;
 - o kontrolu a validaci předávaných dat, zajišťování oprav;
 - o zajišťování úplnosti odevzdaných výkazů v závislosti na rejstříku;
 - o spolupráci na finální kontrole a čištění dat;
 - o kontrolu elektronických výstupů.

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 21. 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