**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**

Já, níže podepsaný/á

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Adresa místa trvalého pobytu:

Prohlašuji, na základě znalosti svého zdravotního stavu, že mám potřebnou zdravotní způsobilost k výkonu služby na služebním místě ministerský rada   
v oddělení administrace individuálních projektů mezisektorové spolupráce odboru administrace individuálních projektů vysokých škol a výzkumu a vývoje operačního programu Výzkum, vývoj a vzdělávání v Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy, č. j.: MSMT-10544/2017-2 dle § 25 odst. 1 písm. f) zákona č. 234/2014 Sb.,   
o státní službě.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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