**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 zjednodušených projektů Karlovarský a Středočeský kraj   
v odboru administrace zjednodušených projektů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy č. j.: MSMT-11128/2017-2 dle § 25 odst. 1 písm. f) zákona   
č. 234/2014 Sb., o státní službě.

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

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