

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 pro výzkumné infrastruktury odboru výzkumu a vývoje

Adresa sídla, IČ: Karmelitská 7, 118 12 Praha 1, 00022985

Žadatel o přijetí do služebního poměru (podle zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě, ve znění pozdějších předpisů):

Jméno, příjmení:

Datum narození:.....

Místo trvalého pobytu:

Obor služby: 12 – výzkum, vývoj a inovace

Režim služby: jednosměnný

Služba zahrnuje zejména:

- Poskytování podpory z veřejných prostředků ČR velkým výzkumným infrastrukturám (více informací dostupných ke stažení na internetových stránkách Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy <http://www.msmt.cz/vyzkum-a-vyvoj-2/velke-infrastruktury-vyzkumu>);
- zabezpečení mezinárodního hodnocení velkých výzkumných infrastruktur a monitorování věcné a finanční stránky realizace projektů podpory velkých výzkumných infrastruktur z veřejných prostředků ČR;
- zastupování ČR v pracovních orgánech mezinárodních výzkumných infrastruktur, jichž je ČR členským subjektem;
- spolupráce na zajištění činnosti odborného poradního orgánu MŠMT pro výkon agendy podpory velkých výzkumných infrastruktur z veřejných prostředků ČR – Rady pro velké výzkumné infrastruktury;
- spolupráce na přípravě obecně závazných předpisů a metodických pokynů v oblasti výzkumu, vývoje a inovací na národní a mezinárodní úrovni.

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 22. května 2017

Ministerstvo školství,
mládeže a tělovýchovy

Podpis: Dobromir
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