**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 vrchní ministerský rada – vedoucí oddělení podpory a správy informačních systémů.Toto prohlášení vydávám podle § 26 odst. 2 zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě, ve znění pozdějších předpisů, pro účely účasti ve výběrovém řízení vyhlášeném dle č. j.: MSMT-18736/2017-2.

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

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