**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**

Já, níže podepsaný/á …………………………………………………………………………

Jméno, příjmení: ………………………………………………………………………………

datum narození: ………………………… v …………………………................................

adresa místa trvalého pobytu: ………………………………………………………………

Prohlašuji na základě znalosti svého zdravotního stavu, že mám potřebnou zdravotní způsobilost k výkonu služby na služebním místě dle § 25 odst. 1 písm. f) zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě, ve znění pozdějších předpisů.

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

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