

## **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 dalšího vzdělávání

**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:** 10 – Školství, výchova a vzdělávání

**Režim služby:** jednosměnný

**Služba zahrnuje zejména:**

- zpracovávání analýz a koncepčních materiálů pro oblast dalšího vzdělávání v ČR s přesahem do evropského kontextu;
- zabezpečování činnosti Národního poradenského fóra;
- řešení problematiky kariérového poradenství v celoživotní perspektivě;
- naplňování opatření vyplývající z národních strategií, jejich akčních plánů a dlouhodobých záměrů;
- zajišťování činností spojených s implementací zákona č. 179/2006 Sb.;
- zajišťování činností spojených s akreditacemi rekvalifikačních programů;
- reprezentaci a zastupování MŠMT v mezinárodních organizacích a orgánech EU pro oblast dalšího vzdělávání;
- spolupráci s ostatními ministerstvy v oblasti využívání projektů z OPZ a dalších operačních programů pro oblast celoživotního učení, zajišťování aktivit s ohledem na věcný obsah projektů.

**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 21. března 2017

Ministerstvo školství,  
mládeže a tělovýchovy  
Odbor personální a státní služby  
Karmelitská 529/5, 118 12 Praha 1  
Podpis: Dokim! H.

**Vyplní lékař:**

Jméno příjmení lékaře: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Vyjádření lékaře:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Závěr: uchazeč je schopen/neschopen\* výkonu služby.**

Podpis a razítko: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_

dne \_\_\_\_\_

\*nehodící se seškrtněte