

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 rada – vedoucí oddělení FM 030, v odboru 04 – Analytický, v oddělení 041 – Analýza I. Dle ustanovení § 25 odst. 1 písm. f) zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě, ve znění pozdějších předpisů.

V

dne

Podpis: