

VZOR

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.

V

dne

Podpis: