Příloha č. 5

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 (*doplňte označení služebního místa podle oznámení o vyhlášení výběrového řízení*) dle § 25 odst. 1 písm. f) zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě.

V _____ dne _____

Podpis: _____