**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 odborného rady v odboru pro oblast Praha, v oddělení rozhodování sporů a ochrany spotřebitele (SM 757), dle § 25 odst. 1 písm. f) zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě.

V …............................................................... dne …………...............................

Podpis: ..........................................................