

Čestné prohlášení

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 **inspektora BOZP (tlaková zařízení) Oblastního inspektorátu práce pro Středočeský kraj se sídlem v Praze**, dle ust. § 25 odst. 1 písm. f) zákona č. 234/2014 Sb., o státní službě.

V

dne

Podpis