



Vaša kontakt osoba u HZZ- u _____
Telefon: _____
E-mail: _____

POPUNJAVA HZZ

Registarski broj PR-a: _____ Datum zaprimanja: _____
Način zaprimanja PR-a: ☐ osobno ☐ telefonom ☐ faxom ☐ e-mailom ☐ drugo

PRIJAVA POTREBE ZA RADNIKOM - PR**1. PODACI O POSLODAVCU**

Naziv poslodavca: *PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN
Adresa: *OTOČKI DRAGOVOLJACA 42, UGLJAN
Kontakt osoba: *
E-mail: *pisarnica@pbu.hr
Web stranica: _____
Telefon: * 023/ 208-205 Mobitel: *
Matični broj/OIB: * 43171567819
Djelatnost: * BOLNICA

2. PODACI O RADNOM MJESTU

Naziv RM: * VOZAČ
Opis poslova: prijevoz bolesnika
Razina obrazovanja: * VKV, SSS
Obrazovni program: _____
POTREBNA ZNANJA I VJEŠTINE
Strani jezici: _____
razumijevanje ☐ govor ☐ pisanje ☐
Razina (A1, A2, B1, B2, C1, C2)
Informatička znanja

Stručni ispit i druga znanja

Vozački ispit
kategorija ☐ A ☐ B ☒ C ☐ D ☐ E ☐ F
Druga znanja i vještine

RADNO ISKUSTVO*

☐ mjeseci ☐ nije važno
1 godina ☐ bez radnog iskustva

3. VRSTA ZAPOSLENJA*

Neodređeno

x upražnjeni poslovi

☐ novootvoreni poslovi

Određeno

☐ sezonski ☐ mjeseci

☐ zamjena ☐ mjeseci

☐ povećan opseg posla

☐ novootvoreni poslovi ☐ mjeseci

☐ pripravnik

☐ stručno osposobljavanje za rad

☐ ugovor o djelu

**MOGUĆNOST ZAPOSŁJAVANJA OSOBE S
INVALIDITETOM** (ukoliko udovoljava uvjetima
natječaja)

☐ DA ☐ NE

4. UVJETI RADNOG MJESTA

x na jednom mjestu ☐ terenski rad
Mogućnost odabira kandidata izvan mjesta rada DA/NE
S područja _____

SMJEŠTAJ

x nema smještaja
☐ grupni smještaj
☐ samački smještaj
☐ obiteljski stan

NAKNADA ZA PRIJEVOZ

☐ bez naknade
☐ djelomična naknada
x cijela naknada

PREDVIĐENA PLAĆA _____ **KN (netto)**
RADNO VRIJEME*

x puno radno vrijeme

☐ nepuno radno vrijeme

RAD U SMJENAMA

☐ prijedodne ☐ poslijepodne ☐ dvokratno
☐ noćni rad **x** 2 smjene ☐ 3 smjene
☐ rad vikendom i praznikom

☐ Mogućnost korištenja vlastitog vozila

5. UVJETI NATJEČAJA*

Natječaj vrijedi: * **16.12.2020.-22.12.2020..**

Broj traženih radnika: * **1**

Mjesto rada: * **UGLJAN**

KONTAK KANDIDATA S POSLODAVCIMA*

☐ osobni dolazak _____ (naziv adrese)
☐ telefonski _____ (broj telefona)

**x pisana zamolba: PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN
OTOČKI DRAGOVOLJACA 42, 23275 UGLJAN**

☐ e-mail _____

ODABIR KANDIDATA*

☐ stručni odabir savjetnika za zapošljavanje
broj kandidata za uži izbor _____

☐ psihologijska selekcija kandidata

x osobni odabir poslodavca

6. USLUGE HZZ-a KOJE ŽELITE

x objava natječaja na web stranici HZZ-a

x s podacima o poslodavcu

☐ bez podataka o poslodavcu

☐ objava natječaja u biltenu HZZ-a

☐ objava natječaja na web stranicama izvan HZZ-a

NAPOMENE:

M.P.
PSIHIJATRIJSKA BOLNICA UGLJAN
Potpis poslodavca:
doc.dr.sc. Mladen Mavar
1